

Komplekse traumer - komplekse løsninger

Et kritisk perspektiv på diagnostisering og behandling av barn utsatt for relasjonstraumer.

Ingrid Sønstebo



Hovedoppgave i embedsstudiet, psykologi

UNIVERSITETET I OSLO

20.04.2007

Sammendrag

Forfatter: Ingrid Sønstebo

Tittel på oppgaven: *Komplekse traumer – komplekse løsninger. Et kritisk perspektiv på diagnostisering og terapi av barn utsatt for relasjonstraumer.*

Veileder: Odd Arne Tjersland.

Problemstillinger: Hvordan kan man forstå psykologiske reaksjoner hos barn som har vært utsatt for alvorlige relasjonstraumer? Hva er egnet terapi for relasjonstraumatiserte barn?

Oppgaven er hovedsakelig av teoretisk art. Ved hjelp av to kasushistorier samt oppdatert utviklingspsykologisk kunnskap ser jeg på på hvilken måte traumene påvirker barnas utvikling innen sentrale områder.

Av alle intervensjoner benyttet til behandling av traumerelaterte symptomer hos barn, er det de ulike kognitive atferdsorienterte formene som har mottatt bredest støtte i empirisk forskning. Et sterkt fokus på traumehistorien anbefales ofte. Imidlertid byr denne terapiformen på mange utfordringer brukt i klinisk praksis. I oppgaven drøfter jeg årsaken til spriket mellom teori og praksis. Jeg ser også på hvorvidt PTSD er en adekvat diagnose for denne gruppen.

Konklusjon: Komplekse traumer kan potensielt påvirke barns utvikling innen relasjonelle områder, utvikling av selvet, kognisjon, affektbevissthet og –regulering samt nevropsykologisk. Skal diagnosen PTSD være dekkende for disse, behøves en revisjon eller innføring av underdiagnoser. Dimensjonelle målinger kan være mer fruktbart enn kategoriske. Ved behandling må de komplekse følgene traumene kan ha for barna, tas med i betraktning. Et fokus på traumehistorien er sjelden tilstrekkelig og kan i visse tilfeller være kontraindisert.

Ved fremtidig forskning bør man vektlegge representative utvalg samt måle terapieffekt ut fra underliggende dimensjoner fremfor symptomer.

Takk til Odd Arne Tjersland for god veiledning med oppgaven

Takk Til Anne Borgersrud for veiledning, støtte og hjelp i terapiprosessen

Og viktigst: Takk til Anne og Bente og deres familier.

Innhold

1.	Innledning	5
2.	Kliniske vignetter.....	11
3.	Del I: Følger av relasjonstraumer	15
3.1	Relasjon.....	17
3.2	Utvikling av selvet	19
3.3	Kognisjon	20
3.4	Affektbevissthet og affektregulering	22
3.5	Nevropsykologi	25
3.6	Interaksjon mellom de ulike utviklingsområdene.....	27
3.7	Risiko- og beskyttelsesfaktorer	28
4.	Del II: Drøfting av anbefalt terapi	31
4.2	Et sprik mellom forskning og klinisk praksis?	35
4.3	Problemer i forbindelse med bruk av eksponeringsterapi overfor relasjonstraumatiserte barn	40
4.4	Kan utviklingspsykologisk kunnskap bidra til å forklare forskjeller i utfall og gi retning for terapivalg?.....	45
4.5	Et differensiert syn på terapi av traumatiserte barn	51
5.	Del III: Konklusjon.....	55
6.	Epilog: Hvordan gikk det med Anne og Bente?.....	60
	Kildeliste	61

1. Innledning

Dessverre har en del mennesker forferdelige opplevelser relatert til for eksempel krig, vold, seksuelle overgrep eller vanskjøtsel. Reaksjonene etter slike overveldende psykiske stressorer kan ses på som liggende på et kontinuum. I den ene enden finner vi reaksjonene etter en enkeltstående hendelse som ran eller overfall der offeret er voksent, har hatt en adekvat oppvekst, er uten komorbide psykiske lidelser og har et velutviklet stresssystem. I den andre enden av skalaen finner vi reaksjonene barn viser etter gjentagne traumatiske opplevelser som starter tidlig, som ofte inkluderer skam og skyldfølelse, er vanskelige å forstå og ofte utføres av barnets nære omsorgspersoner.

Det er disse barna denne oppgaven handler om. I forbindelse med praksis har jeg hatt et sterkt traumatisert barn i behandling i to år. I denne tiden fikk jeg innsikt i hennes omfattende problemområder og store lidelser. Denne erfaringen ga meg et sterkt ønske om å lære mest mulig om hvordan barn utsatt for omfattende traumer - kanskje de mest hjelpetrengende vi møter som psykologer? - best kan hjelpes.

For de potensielle negative følgene er omfattende. Flere studier har vist at traumatisering i barndommen kan resultere i betydelig psykisk symptomatologi som PTSD og andre angstlidelser, depressive symptomer og atferdsvansker (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998). Hvis disse ikke behandles på en adekvat måte, kan vanskene bli kroniske og bestå inn i voksen alder (Green et al., 1994; Sack, Clarke & Seeley, 1995). Traumer av interpersonlig art, som for eksempel fysiske eller seksuelle overgrep mot barn, vil ofte føre til spesielt alvorlige og langvarige skader (Cardarelli, 1997; Ford, Stockton, Kaltman & Green, 2006; Hirogogen, 1998; Shavlev, 1997 i Vandervoort, 2003) spesielt dersom de skjer gjentatte ganger og over lengre tid (Courtois, 2004). Man finner også sammenheng mellom ekstreme opplevelser i barndommen og en rekke ulike tilstander som kan vise seg i ungdoms- eller voksen alder som rusmisbruk, ulike personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, affektive, somatoforme, kardiovaskulære, metabolske, immunologiske lidelser og seksuelle vansker (van der Kolk, 2003).

Dette er altså barn det er viktig å behandle – og å behandle på best mulig måte. Når det gjelder behandlingsmetode for traumatiserte barn, er litteraturen relativt entydig. Av alle intervensjoner benyttet for å behandle traumerelaterte symptomer hos barn, har ulike kognitive atferdsbehandlingsteknikker klart best resultater å vise til i empiriske studier (Cohen, Mannarino, Berliner & Deblinger, 2000). Som kliniker oppfordres man til å benytte kostnadseffektiv og kunnskapsbasert behandling. Ulike former for kognitiv terapi er derfor ansett å være ”The treatment of choice”. Til tross for dette benytter klinikere ofte psykodynamisk tilnærming i terapi med traumatiserte mennesker (Van der Kolk, McFarlane & Van der Hart, 1995, i Van der Kolk, Pelkowitz, Roth, Mandel, McFarlane & Herman, 1996). Det ser med andre ord ut til at terapiforskning og klinisk felt er i utakt. Hva kan dette komme av? Enkelte hevder at verken diagnosen PTSD eller kognitiv terapi dekker de utviklings- og tilknytningsmessige vanskene barn utsatt for relasjonstraumer ofte sliter med og hvorvidt dette stemmer, er fokus i denne oppgaven. Jeg mener terapiforskning må knyttes tett opp til klinisk praksis for å være relevant. For å illustrere dette samt for å trekke dilemmaer man møter i klinisk virksomhet inn i forskning, vil jeg vise til to kliniske vignetter. Den ene er en jente utsatt for seksuelle overgrep som min veileder har hatt i behandling. Den andre er jenta jeg selv har fungert som terapeut for.

Jeg er inspirert av utviklingspsykopatologisk tankegang. Ut fra dette søker jeg et helhetsperspektiv. I stedet for en sykdomsmodell, velger jeg å se i hvilken grad barnas utvikling innen ulike områder påvirkes av deres opplevelser samt på hvilken måte aktuelle risiko- og beskyttelsesfaktorer modererer utfallet. Jeg velger dermed å drøfte følger av traumene og behandling med utgangspunkt i utviklingspsykologi.

I denne oppgaven er mitt fokus begrenset til optimal behandling for de utsatte barna. Terapeutens oppgave er ikke å slå fast hvorvidt et overgrep har funnet sted eller ikke. Derfor ser jeg her bort fra rettsmessige hensyn. I andre omgang kan det være aktuelt å implementere disse, for eksempel i de tilfellene det er snakk om seksuelle overgrep.

Jeg bruker begrepene relasjonstraumer, omfattende traumer og komplekse traumer. Jeg definerer begrepene ”omfattende” og ”komplekse” traumer som alvorlige traumer som

har skjedd gjentagne ganger og over et lengre tidsrom, men som ikke nødvendigvis er påført barnet av mennesker det har nær relasjon til i motsetning til ”relasjonstraumer”. Her er traumene påført barna av noen de er knyttet til. Det kan være omsorgspersoner, øvrig slekt, venner av familien, lærer, trener etc.

Ut fra de to kasusvignettene samt oppdatert utviklingspsykologisk kunnskap, vil jeg diskutere følgende problemstillinger:

Problemstillinger

- 1) Hvordan kan man forstå psykologiske reaksjoner hos barn som har vært utsatt for alvorlige relasjonstraumer?
- 2) Hva er egnet terapi for relasjonstraumatiserte barn?
- 3) Underproblemstilling: Er PTSD en adekvat diagnose for disse barna?

Oppgavens oppbygning er som følger:

- Presentasjon av de to kliniske vignettene
- Del I: Drøfting omkring følger av relasjonstraumer med utgangspunkt i utviklingspsykologisk kunnskap
- Del II: Drøfting av anbefalt terapi
- Del II: Konklusjon. Kliniske implikasjoner og videre forskning.

Metodiske refleksjoner

Denne oppgaven er et resultat av en, for meg, lang og utfordrende terapiprosess. Det hele startet da jeg i en forpraksis skulle ha et lite barn i en lekeobservasjon ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Jenta (heretter kalt "Bente"), viste seg å ha sterke reaksjoner etter omfattende overgrep, noe man ikke kunne lese ut fra henvisningen. Da jeg fikk relativt god kontakt med Bente samtidig som veileder anså et brudd som spesielt uheldig i denne saken, ble det til at jeg fortsatte som terapeut for henne. I og med at saken var utfordrende for meg, søkte jeg etter kunnskap i litteratur og ved å delta på aktuelle kurs på instituttet. Samtidig begynte jeg arbeidet med denne hovedoppgaven.

Her har altså veien blitt til mens jeg har gått. Det som begynte med et dypdykk i utviklingspsykologisk teori samt traumelitteratur for å forstå jentas reaksjoner og for å lære mer i forhold til dilemmaer jeg møtte underveis, endte i en kritisk drøfting av diagnostisering og behandling av relasjonstraumatiserte barn. Jeg har valgt å fokusere på relasjonstraumer, fordi jeg har opplevd relasjonsperspektivet som både spesielt utfordrende og som interessant psykologisk.

I oppgaven viser jeg til nok et kasus, "Anne". For å sette mine betraktninger i perspektiv, ønsket jeg å kontrastere med en terapihistorie som forløp ganske annerledes. Anne er en jente som er behandlet via FOBIK-prosjektet ved UiO. (For informasjon om FOBIK, se for eksempel Jensen, 2005). Data består av transkriberte materiale fra ett års terapiforløp samt refleksjoner som terapeutene har skrevet ned umiddelbart etter hver time.

I Bentes tilfelle består data av detaljerte, utvidede timereferater fra to års terapiforløp. For å anonymisere "Anne" og "Bente" og deres familier, har jeg omskrevet kasusene noe.

I denne oppgaven inviterer jeg leseren med på en reise gjennom Anne og Bentes terapiforløp samt i et utvalg av litteratur omkring utviklingspsykologi og traumer.

Svakheter ved datamaterialet:

Man kan finne flere svakheter ved datamaterialet. I Bentes tilfelle, har jeg ikke transkribert materiale. Bente fremsto som svært innestengt og utrygg. Jeg valgte å ikke spørre henne om tillatelse til å filme timene, da jeg anså dette som en belastning for henne. Dessuten var relasjonen så skjør at jeg vurderte det å foreslå filming som risikabelt for alliansen.

Når det gjelder Anne, er dette en sak jeg ikke selv har vært involvert i. Jeg kjenner derfor ikke saken i samme grad, selv om jeg har lest omfattende transkribert materiale fra timene. Jeg har for eksempel ikke selv kjent på kroppen hvilken stemning og hvilke følelser som ble vekket. Derfor refererer jeg oftere til Bente enn til Anne i denne oppgaven.

Det hadde også vært en fordel om det var notert i forhold til de samme elementene i de to sakene. Videre hadde det vært lettere å sammenligne de to om barnas lidelsestrykk var blitt målt med tilsvarende instrumenter, om de hadde blitt testet vha de samme testene etc. Til tross for disse svakhetene, mener jeg å kunne forsvare bruken av materialet til illustrasjon og som utgangspunkt for diskusjon. Strengt tatt har jeg ikke forsket på kasmaterialet.

I oppgaven drøfter jeg behandling for traumatiserte barn. Her tar jeg i stor grad utgangspunkt i Trauma Focused Cognitive Behavior Therapy for Children and Adolescents (TF-CBT), da dette er en anbefalt terapiform. Dessverre har jeg ikke tilgang på materiale fra terapi der denne terapiformen er benyttet, noe som ville vært en fordel. Jeg vil imidlertid diskutere modellen ut fra de to kasesene.

Svakheter ved teoridelen:

Litteraturen er omfattende, og ved å gjøre et utvalg risikerer jeg å ikke sitte med et komplett bilde. Mitt valg av litteratur har vært påvirket av de dilemmaer jeg har møtt i terapi med Bente, og kunne vært gjort annerledes. Der jeg for eksempel beskriver

barns utviklingsmessige kjerneområder ved ulike aldre (s. 27), kunne andre aspekter vært tatt med i betraktningen. Jeg skulle også gjerne sett mer på selvutvikling og for eksempel trukket inn Sterns teori. Ideelt sett skulle jeg gjerne fordypet meg mer i lek og lekeevne hos traumatiserte barn, men har vært nødt til å begrense meg. Derfor har jeg heller ikke gått i dybden på hukommelse, noe som er sentralt innen traumeforskningen.

Jeg skulle også gjerne diskutert systemisk terapi kontra individualterapi, noe jeg har valgt bort av plassmessige hensyn. Mitt fokus i oppgaven ligger på barnas behov.

Terapimodellen TF-CBT inkluderer elementer av psykoedukativ og narrativ art samt kognitiv atferdsterapi. I oppgaven omtaler jeg modellen som eksponeringsterapi. Jeg er klar over at dette kan virke som en forenkling. Rasjonalet bak dette er at det er det å eksponeres for traumehistorien eller generelle fakta omkring traumene barna har opplevd, som jeg er opptatt av. Jeg bruker dermed begrepet ”eksponeringsterapi” om terapi der det fokuseres på traumehistorien, uavhengig av den terapeutiske hensikt som ligger bak.

2. Kliniske vignetter

Kasus I: Anne, 8 år.

Anne kom til behandling grunnet seksuelle overgrep foretatt av storebror på 17 år. Overgrepene hadde trolig foregått i en periode på ca 18 – 24 mnd nå, men også en periode da Anne var 5 år. Frekvensen er ukjent. Misbruket hadde foregått mens mor var borte og storebror passet Anne og småsøsknene. Broren brukte dels overtalelser, dels tvang i forbindelse med overgrepene. Han brukte også vold mot mor, men ikke mot Anne. Dessuten hadde han rusproblemer og viste i blant atferd som skremte moren og søster i beruset tilstand.

Da Anne kom til behandling, bodde hun sammen med moren, broren og to yngre tvillingsøstre. Moren var deprimert og hadde selvmordstanker. Anne hadde ikke kontakt med faren, men hadde forøvrig en stor familie og et godt fungerende nettverk rundt seg. Annes mor sov sammen med Anne og tvillingene, og lot dem ikke være alene med storebror etter at hun fikk kjennskap til overgrepene.

Anne fremsto som en noe sjenert, men ellers lite påfallende pike. Samtidig bar Anne preg av å ha vært i en vanskelig situasjon over lengre tid. I og med at broren hadde forgrepet seg på henne (av mild grad) da hun var fem år, hadde moren i ettertid fryktet at dette kunne gjenta seg. Den gang fikk broren behandling hos psykolog. Psykologen mente den gang at brorens atferd overfor Anne hadde vært innen normalen, om enn noe grenseoverskridende. Etter dette kunne mor fortsatt kjenne noe utrygghet for om overgrepene hadde tatt slutt. Hun opplevde at Anne ikke var så glad og sprudlende som hun pleide å være og hun hadde noen psykosomatiske symptomer. Derfor spurte mor et par ganger forsiktig ”Det er vel ikke noe med storebror, vel?” Anne svarte: ”Nei, da”, og da ble det ikke stilt flere spørsmål.

Usikkerheten var der likevel. Når mor stilte så diffuse spørsmål hadde det sannsynligvis med flere forhold å gjøre: Både at det var vanskelig å ta inn over seg at noe overgrepslignende kunne skje mellom hennes barn, og det at hun ikke ville reise påstander av den typen uten at det var grunnlag for det. Dermed levde familien

nærmest med et ”overgrepsspøkelse”, noe som ikke kunne prates om, men som hang tungt over dem alle.

Hvorfor forsto ikke Annes mor hva som skjedde? Moren tolket små tegn på at noe var galt, i lys av normalitet. At Anne ble fortvilet hver gang mor dro på kurs om kvelden, tolket hun for eksempel som normalt savn. At storebror ble rasende når mor kom tidligere hjem og barna var på rommet hans, tolket mor som tenåringstakter. En slik tolkning ut fra normalitet, er ikke uvanlig (Jensen, 2005).

Anne var en svært omsorgsfull, pliktoppfyllende og lojal jente. Hun slet mellom ønsket om å fortelle om overgrepene for å få slutt på dem, og engstelsen for hva som ville skje hvis hun fortalte. Hva ville skje med bror? Måtte han i fengsel? Ville broren og moren bli sint på Anne – kanskje slutte å være glad i henne? Moren til Anne slet med depresjon, noe Anne var klar over. Hun var også sliten som alenemor til fire barn der en av dem var en voldelig tenåring med rusproblemer. Anne var redd moren ikke ville tåle å høre om overgrepene. Kanskje måtte Anne flytte på barnehjem? Dessuten var hun skamfull over det som hadde skjedd. Kanskje hadde hun bidratt selv, ved at hun ikke sa fra til moren med en gang broren startet å gjøre noe Anne ikke likte?

Anne hadde et komplisert forhold til broren preget av sterkt ambivalente følelser. De kunne ha det hyggelig sammen og hun var glad i broren sin, samtidig som hun var redd for ham og mislikte overgrepene sterkt.

Anamnese: Normal utvikling. Barn med magesmerter og hodepine. Anne fungerte godt på skolen. Hun var positiv, sympatisk, skoleflink og konsentrerte seg godt.

Hva var så årsaken til at familien kom til terapi? Anne hadde indirekte sagt fra til mor om overgrepene. Hun hadde sagt at det sved i tissen. ”Har det noe med såpe å gjøre?”, spurte mor. ”Nei, det er ikke bare det”, svarte Anne. Da skjønte mor at datteren var utsatt for overgrep.

Kasus II: Bente, 6 år

Bente var henvist BUP for tristhet, depresjon og sorg i forbindelse med farens død noen måneder tidligere. Det ble opplyst at Bente hadde hatt skremmende opplevelser i forbindelse med fars sykdom. I barnehagen og på helsestasjonen var de bekymret for Bente. De ansatte syntes hun var vanskelig å få kontakt med. Hun lekte i liten grad, og snakket sjelden. Hun viste seg også ofte trist og svært hemmet.

Mor fortalte at faren hadde dødd etter et lengre sykdomsleie og at han hadde vært svært oppfarende den siste tiden grunnet voldsom hodepine som ble forverret av den minste lyd. Bente hadde vært vitne til skremmende scener i forbindelse med farens sykdom, dels i kraft av hans voldsomme raseri og dels grunnet symptombilde med for eksempel blødninger fra nese, munn og ører. Mor fortalte etter noe tid at far også hadde vært meget voldelig overfor mor og Bentes storebror under hele Bentes liv. Han hadde i tillegg utøvet betydelig psykisk vold mot sin familie. Dette kunne arte seg som voldsomme raseriutbrudd dersom de ikke fulgte hans regler – regler som skiftet på uforutsigbart vis.

Midt i det hele hadde far insistert på å ha Bente hos seg mye av tiden, og mor fortalte at Bente hadde vært nært knyttet til faren. Han kunne tidvis vise godhet overfor Bente. Han snakket om å ta henne med inn i døden og truet med å drepe henne for å kunne være sammen med henne også etter at han døde. Han truet også med å drepe Bente dersom Bentes mor forlot ham. Bente forsto innholdet i truslene, i følge mor.

Familiesituasjonen ble holdt hemmelig. Mens far levde, skyldtes dette at han ble rasende hvis de tok det opp. Etter hans død, ville de bare glemme og komme videre. Dette snakket de derfor ikke om, verken med hverandre eller med andre.

Hjemme viste Bente seg delvis trist, delvis voldsomt sint. Dessuten var hun engstelig for mye, og hun var svært skvetten. Hun hadde omfattende tvangsproblematikk, og slet med magisk tenkning som for henne var svært skremmende. Om natten hadde hun voldsomme mareritt der hun drømte om blod og at kroppsdeler ble saget av henne. Hun hadde vansker med å sovne om kveldene. I tillegg spiste hun til morens fortvilelse svært lite.

Ved henvisningstidspunktet bodde Bente sammen med sin mor og eldre bror. Familien hadde lite nettverk, da faren hadde krevd at mor brøt kontakten både med slekt og venner da hun ble gravid med Bente.

Bente fremsto som en svært forknytt, tynn og blek liten pike. Hun snakket ikke, tok ikke blikkontakt og beveget seg stivt og kun sidelengs, med armene hardt trykket inn til kroppen. Ved spørsmål kunne hun noen ganger nikke eller riste på hodet, men bevegelsene var så stive og små at man måtte se godt etter for å klare å tolke dem. Ofte besto Bentes respons kun i endringer i pust, i blick etc.

Bente vekslet mellom å klamre seg til sin mor og å være nærmest paralyisert.

Anamnese: Normal utvikling på mange områder, men perioder med voldsomt sinne kombinert med tilbaketrekking og passivitet, tristhet og hemmet atferd. Mor fortalte at Bente viste nervøsitet allerede fra spedbarnsalder og kunne få krampeanfall, kaste opp og blø neseblod ved engstelse og sinne. Hun viste også tvangstegn fra svært ung alder. Et eksempel på dette er at hun hadde en eneste truse hun ville bruke, og at hun kunne bli hysterisk når den skulle vaskes. En dag måtte moren klippe den opp med saks for å få den av henne.

Anne og Bente var begge utsatt for betydelige traumer og traumene var påført dem av en person de hadde en nær relasjon til.

“Det er de dyadiske eller relasjonelle sammenhengene som skaper og opprettholder muligheter for utvikling, og som dermed er et nødvendig fokus for å forstå barns utvikling” (Wie Torsteinsson, 1999, s 236).

Dermed kan man spørre seg: Hvilke psykologiske mekanismer utløses hos barnet under slike forhold? Og på hvilken måte påvirkes de i sin utvikling?

3. Del I: Følger av relasjonstraumer

Den biologiske reaksjonen på fare er å komme seg bort fra det farlige (flight) eller å kjempe imot (fight). Ved relasjonstraumer er ofte maktforholdet så skjevt at barnet verken har mulighet til verken å rømme eller å kjempe mot. Det naturlige for barnet blir da å søke trøst og hjelp hos en som det er nært knyttet til. Men hva om denne omsorgspersonen er den som utsetter barnet for traumer?

Når en og samme person står for både beskyttelse og fare, ønsker barnet både avstand fra og nærhet til denne personen samtidig, noe som blir umulig. Barnet trenger da psykologiske mestringstaktikker – funksjoner som sjelden er godt utviklet i ung alder. Blir det for vanskelig og vondt for barnet, kan det utvikle evnen til å dissosiere, noe som kan minne om en freeze-respons (Putnam, 1997 i Benum, 2003). For å skape mening og en illusjon av kontroll over situasjonen, kan også barnet legge skyld på seg selv: ”Det skjer fordi jeg ikke har vært snill nok. Hvis jeg klarer å være snillere, vil det stoppe”.

Ved relasjonstraumer vil barnets ønsker, vilje og følelser overkjøres av overgriperen. Spesielt ved seksuelle overgrep kan følelsen av å bli invadert og ødelagt være sterk. Ikke bare blir barnets kropp invadert, men barnet kan også oppleve at overgriper manipulerer dets tanker og følelser ved for eksempel å fortelle barnet at det egentlig liker overgrepene, slik at barnet føler delaktighet (Axelsen, 1997).

”Du ville ikke blitt med på det hvis du ikke likte det”, som Annes bror sa til søsteren sin. ”Du bruker skjørt fordi du vet at da blir jeg fristet”.

I familier som Bentes, må ofrene hele tiden ha sin oppmerksomhet rettet mot den andres vilje. De må være på vakt, tilpasse sine reaksjoner og sin væremåte etter overgripers luner, noe som gir liten mulighet til fri lek og utfoldelse.

I terapien la jeg merke til at Bente alltid stivnet til når hun hørte fotsteg utenfor. Jeg spurte moren om dette, og hun fortalte at Bente pleide å tolke farens lune og humør ut fra måten han gikk på, slik at hun var forberedt før han kom inn i rommet. Dette var så

innarbeidet og automatisert, at hun selv etter farens død skvatt til og ble fjern i blikket hver gang hun hørte fotsteg.

Mange undrer seg over at barn sjelden sier fra om overgrep. Krav om hemmeligholdelse, enten grunnet trusler eller at barnet føler skam og skyld, kan være medvirkende årsaker til at barnet ikke sier fra. Barns lojalitet overfor noen de er glade i, skal heller ikke undervurderes. Barnet strides mellom ønsket om å fortelle for å få slutt på det som skjer og redsel for konsekvensene, slik Anne opplevde det. Man snakker dessuten naturlig nok sjelden med små barn om voldtekt eller psykisk vold, så barnet har kanskje ikke ord for det som skjer. Resultatet blir at barnet brenner inne med en stor, vond, uforståelig hemmelighet, at det sliter med ambivalente følelser overfor omsorgsperson og i tillegg ofte må takle disse vanskelige følelsene på egen hånd. Det som smerter barnet mest, kan være den stadige opplevelsen av å stå alene, av tap, av at ingen forsto eller grep inn (Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2001).

For Bentes del, var traumene kjent i familien – hele familien var involvert, enten som offer eller som overgriper. Det var kjent at faren kunne utøve vold av fysisk og psykisk art. Årsaken til at traumene fikk fortsette var ikke primært at Bente slet med å fortelle, men avmakten moren og søsknene følte. Å føle avmakt betyr å være i en eksistensiell situasjon der en ikke klarer å unngå andres makt eller innflytelse over en selv. En får ikke endret situasjonen eller hindret at andre utøver makt over en og føler seg hjelpeløs (Axelsen, 1997, s 60). Hva kan vel være et sterkere eksempel på avmakt enn Bentes stadige opplevelser av farens vold mot storebror og mor – situasjoner der hun fryktet for livet deres og ikke hadde noen mulighet til å gripe inn og avverge det vonde som skjedde?

Man kan si at via de direkte erfaringene barnet har med traumet, påføres de en betydelig belastning. Den som påfører barna traumene, kan dessuten neppe fungere som en utviklingsstøttende person for barnet i full skala. Dermed påføres barnet vansker – og fratas også utviklingsstøtte.

På hvilken måte påvirker dette barnas utvikling? Her vil jeg ta for meg noen perspektiver ved barns utvikling som jeg mener er sentrale og som potensielt kan

påvirkes av relasjonstraumene barna utsettes for. Jeg velger å se på interpersonlig fungering, utvikling av selvet, kognitiv fungering, affektbevissthet og affektregulering samt nevropsykologiske aspekter.

3.1 Relasjon

Hvordan påvirker relasjonstraumer måten barna tenker omkring og forholder seg til andre mennesker på? Og vil effektene variere etter når traumene inntraff i barnas liv?

Bente levde i en traumatisk livssituasjon hele livet. Hennes far knyttet henne tett til seg, han slapp ikke moren til i stor grad. Han fungerte derfor trolig som den primære tilknytningspersonen for Bente. Samtidig var faren opphav til traumene hun levde med. Det blir naturlig å diskutere hvilken påvirkning dette har hatt på Bentes tilknytning.

Traumer som starter tidlig i barnets liv

Barn som opplever relasjonstraumer i sin nære omsorgssituasjon lever med omsorgspersoner som blir opphav til aktiveringen av tilknytningssystemet samtidig som han/hun skal fungere som en trygg base. Omsorgsgiver som skal fungere som trøst og støtte – blir også en kilde til frykt og psykisk smerte. Disse barna får ofte desorganisert tilknytningssstil, noe studier viser at man kan finne hos 80% av sped- og småbarn utsatt for traumatisering/misbruk (Friedrich, 2002 i Cook et al., 2005). Denne tilknytningssstilen kjennetegnes av at barna mangler mestringsstrategi å benytte når tilknytningssystemet blir aktivert (ved stress/engstelse). Barna oppfører seg forvirret og har ofte kantete bevegelser som stopper på halvveien eller langsomme bevegelser, i blant fastfrysing. De kan vise frykt overfor tilknytningsspersonene. I Ainsworths fremmedsituasjon kan de for eksempel nærme seg tilknytningsspersonen med ryggen først, plutselig stoppe på halvveien, krype sammen og dunke hodet i gulvet. Mønsteret kan være spesifikt overfor en av tilknytningsspersonene.

Hvilke følger kan så dette få for barna? I et omsorgsklima som munner ut i desorganisert tilknytning har ikke barnet opplevd sine tilknytningsspersoner som pålitelige omsorgspersoner det kan ty til for trøst og støtte eller fått adekvat hjelp til

stress- og emosjonsregulering. Dette kan gi forstyrrelser i biopsykososiale kompetanseområder som stressmestring (vansker med oppmerksomhet samt modulering av arousal), vansker med emosjonsregulering (blir enten overveldet eller nummen ved sterke emosjoner) og hjelpesøken (enten overdreven avhengighet eller sosial isolasjon) (Cook et al., 2005).

Denne tilknytningsformen medfører altså manglende evne til selvregulering og medfører øket risiko for psykisk lidelse. Men ikke bare fører denne tilknytningsformen til psykisk sårbarhet. Barna med utrygg, desorganisert tilknytning eller tilknytningsforstyrrelse mangler også beskyttelsen man kan si trygg tilknytning kan gi ved traume (ofte kalt "Protective shield"). Man ser for eksempel at barn med en trygg tilknytning har lavere økning av cortisol i blodet etter å ha vært utsatt for milde former for stress enn barn med utrygg eller desorganisert tilknytning. Man kan dermed si at trygg tilknytning fungerer som en beskyttelse mot skadelig effekt av stress og traumatiske hendelser (Glaser, 2000).

Det ser altså ut til at flertallet av barn utsatt for relasjonstraumer utvikler desorganisert tilknytning. En innvending mot dette kan være at man ikke med sikkerhet kan si at barnets eventuelle tilknytningsvansker er en direkte følge av traumene det har vært utsatt for. De kan ha vært tilstede før overgrepene fant sted (og utgjør i seg selv en risikofaktor for overgrep). De kan også skyldes en lite tilfredsstillende omsorgssituasjon og ikke nødvendigvis de traumatiske opplevelsene i seg selv. Et uheldig tilknytningsmønster er dessuten ikke nødvendigvis en ren omsorgsskade. Sårbarhet disponerer. Årsak/virkning blir imidlertid etter min mening mindre viktig i denne sammenheng; det betydningsfulle her er å forstå de relasjonsmessige vanskene barna sliter med og hensynta dette i behandlingen.

Barn utsatt for traumer ved senere alder

For Annes del inntraff traumene først ved fem års alder. Hun hadde en normal omsorgssituasjon frem til dette. Ved behandlingstidspunktet hadde hun en tilsynelatende god tilknytning til sin mor som fungerte som primær omsorgsperson for Anne. Som Annes terapeut har notert:

Moren samspiller godt med datteren i timene og virker sensitiv, oppmerksom og omsorgsfull. Terapeuten får inntrykk av at mor og datter står hverandre nær. Anne ser ut til å ha en trygg og god tilknytning til sin mor, og fremstår som relativt enkel å knytte kontakt med.

Likevel blir det naturlig å tenke seg at brorens overgrep hadde følger for Annes måte å oppleve og forholde seg til andre på. Når noen et barn stoler på og er glad i gjør barnet noe vondt, vil det ofte føle seg sveket. Sviket innebærer også krenkning av de forventninger barnet har om at voksne skal gi dem omsorg og beskyttelse. Det kan også føre til tillitsproblemer; hvordan skal man kunne stole på noen, når en av ens nærmeste har gjort en så vondt? Det er naturlig å tenke seg at dette gir vansker i forbindelse med tillit til andre og at noen som er utsatt for slike traumer får frykt for å danne nære relasjoner senere. Men ikke bare påvirker traumene måten barnet oppfatter andre på. Selvoppfattelsen påvirkes også:

3.2 Utvikling av selvet

For Bente var Pappa himmel og helvete. Hun opplevde kjærlighet og hat rettet mot en og samme person. "Du og jeg er så like, vi", sa Bentes far til henne. "Vi liker naturen, å tegne og male, vi er glade i familien vår. Du er akkurat som jeg!"

Barnets selvforståelse utvikles innen konteksten av mellommenneskelige forhold. Barnet kjenner seg selv i forhold til andre (Koverola & Friedrich, 2000). Sensitiv omsorg og positive interpersonlige opplevelser tidlig i livet danner grobunn for utvikling av et positivt selvbilde der barnet ser seg selv som generelt kompetent og verdig kjærlighet og respekt ("worthy") (Cook et al., 2005). Gjentagne opplevelser av mishandling, avvisning etc. fra viktige andre samt de assosierte vanskene med å utvikle aldersadekvate ferdigheter, kan føre til et mer negativt selvbilde der man ser seg selv som defekt, hjelpeløs og en som ikke er verdt kjærlighet fra andre. Barn med et slikt selvbilde som også forventer at andre avviser og gjør dem vondt, har større sannsynlighet for å klandre seg selv for negative opplevelser og har vanskelig for å utløse og ta til seg sosial støtte (Cook et al., 2005). Det å tilskrive seg selv skyld og

delaktighet kan hjelpe barnet der og da men vil på sikt få implikasjoner for barnets selvforståelse. Dette fant man hos Anne. Hun klandret seg selv for overgrepene. Dette ga henne et negativt bilde av seg selv. Hun så seg også som lite kompetent i og med at hun ikke klarte å få overgrepene til å slutte.

Barn utsatt for relasjonstraumer kjenner som nevnt ofte avmakt. De har smertelig erfart at deres følelser, ønsker og behov ikke blir tatt hensyn til. Dette kan føre til at de ikke tror de har påvirkningskraft. Deres opplevelse av agens blir dermed betydelig svekket.

Pga. dissosiasjon har disse barna dessuten ofte mangelfulle og fragmenterte narrativer om seg selv. Hvis man tenker seg at selvoppfattelsen bygger på selvbiografiske narrativer, skaper slike fragmenterte minner problemer i forbindelse med utviklingen av selvet.

Hvordan påvirker traumene og situasjonen rundt dem barnas kognisjon?

3.3 Kognisjon

Tidlig omsorg utgjør den relasjonelle kontekst der barna utvikler de første emosjonelle og kognitive representasjonene av seg selv, andre og seg selv i relasjon til andre. Man anser for eksempel tilknytning å være et viktig bindeledd mellom tidligere erfaringer og senere fungering (spesielt sosial fungering), mediert via de indre arbeidsmodellene som genereres ut fra tidlige omsorgserfaringer. Disse opererer relativt automatisk og i stor grad ubevisst. Dersom barnet har møtt sensitive, forutsigbare omsorgspersoner som har gitt det gunstig støtte og oppmerksomhet, vil det utvikle trygghet og positive forventninger til andre mennesker. Ut fra dette møter barnet verden med trygghet, tillit og positivitet. Barnet har også en følelse av verdi og evne til å påvirke omverdenen. De har også ofte internaliserte mønstre for empati og gjensidighet i forhold (Sroufe, 1997).

Barn utsatt for relasjonstraumer har andre forutsetninger, spesielt om traumene startet tidlig og ble påført barnet av en av de nærmeste omsorgspersonene. Dette påvirker

deres forventninger til andre og til verden generelt. Mens barn som har hatt en normalt god oppvekst stort sett forventer at verden er et trygt sted å være, at de fleste mennesker er snille og at barnet har autonomi, kan et barn utsatt for relasjonstraumer ha motsatte forventninger. Tap av tro på en god verden og en positiv fremtid er ikke uvanlig. Disse grunnleggende antagelsene vil prege barnets tenkemåte (for eksempel attribusjonsstil).

Det som har fungert som en persons mestringstaktikk under et traume, kan generaliseres og bli personens stressmestringstaktikk generelt (Axelsen, 1997). Dissosiasjon er en mestringsmekanikk en del barn utsatt for relasjonstraumer utvikler. Bente var blant de barna som dissosierer, noe følgende episode er et eksempel på:

Hvis Bente mistet noe på gulvet slik at det ble bråk eller hun sølte, kunne hun løpe og gjemme seg i et skap. Hun satt da og rugget frem og tilbake med et fjernt blikk og var vanskelig å få kontakt med i en periode.

Dissosiasjonen fungerer som bedøvelse og beskyttelse og er adaptivt mens traumene pågår - barnet slipper å kjenne på det forferdelige som skjer. Imidlertid kan det ha maladaptive følger for barnet på sikt. Ved dissosiasjon tar man ikke inn det som skjer på vanlig måte. Man konsentrerer seg om en detalj (mønsteret på gardinen?) og splitter bort det øvrige. Dette kan gi hukommelsesvansker for den aktuelle situasjonen. Man mangler også sammenheng. Senere kan visse sanseinntrykk gi fryktelige assosiasjoner og følelser, man vet kanskje ikke hvorfor. Dissosiasjon hindrer meningsskapelse og kognitiv bearbeiding (Benum, 2003). Hvis dissosiasjon blir personens mestringstaktikk ved stress generelt, fører dette til ytterligere vansker: I dissosiasjonen er en emosjonsbasert mestringsstrategi. En problemløsende strategi er langt mer adaptivt.

Bente opplevde en uforutsigbar pappa. Hun visste aldri når han var blid og snill, når han var sint og voldelig. Hun opplevde i liten grad å ha påvirkningskraft. En slik situasjon kan føre til ytre "locus of control" og forsterke følelsen av hjelpeløshet.

Man har funnet holdepunkter for at barn utsatt for komplekse traumer som seksuelle overgrep og vanskjøtsel opplever forstyrrelser i forbindelse med kognitiv utvikling

mer generelt (Cook et al., 2005; Koverola & Friedrich, 2000). Dette kan for eksempel manifestere seg som forsinket språkutvikling, lavere IQ og skolemessige vansker (Culp, Watkins & Lawrence, 1991 i Cook et al., 2005; Trickett et al, 1994 i Koverola & Friedrich, 2000), konsentrasjonsvansker, problemer i forbindelse med abstrakt resonnering og eksekutivfunksjoner (Beers & De Bellis, 2002), samt de kognitive komponentene ved PTSD som påtrengende minner og hukommelsesvansker (Deblinger et al, 1990; Kendall-Tackett et al, 1993; McLeer et al, 1988; Wolfe et al, 1989 i Koverola & Friedrich, 2000). Forsinkelser i barnets utvikling kan vise seg etter noe tid. For eksempel agitasjon etter mishandling som manifesterer seg som uoppmerksomhet blir tydelig når barnet begynner på skolen (Koverola & Friedrich, 2000).

Barnets kognisjon kan altså påvirkes av relasjonstraumer. Men hva med barnets følelser?

3.4 Affektbevissthet og affektregulering

I et normalt og godt oppvekstmiljø har barnet omsorgspersoner som gir adekvat emosjonell stimulering og som regulerer barnets arousalnivå slik at det ikke blir for høyt. Dette er med på å balansere excitatoriske og inhibitoriske systemer i sentralnervesystemet, noe som bereder grunnen for senere god emosjonsregulering (Schore, 1994 i Sroufe, 1997). Hos barn som lever med relasjonstraumer som for eksempel Bente, er ikke dette alltid tilfelle.

Mor fortalte om en episode der Bentes far brukt omfattende vold mot mor mens hun holdt Bente på armen som liten baby. Bente hylskrek. Moren måtte passe på å verge Bente mot farens slag, og hadde ingen mulighet for å trøste datteren.

Ved andre anledninger hadde faren tatt kvelertak på mor og Bentes storebror slik at de besvimte, mens Bente så på. Ingen trøstet Bente.

Det foreligger i dag klare indikasjoner på at barnets evne til å oppleve og uttrykke affekt påvirkes av opplevelsen av komplekse traumer. Barna har ofte vansker med

affektregulering og kan enten vise intense eller svært svake følelsesuttrykk. Dess tidligere og dess lengre traumet varte, dess større sannsynlighet for manglende evne til å regulere sinne, angst, seksuelle impulser etc (Cook et al., 2005; Koverola & Friedrich, 2005). Affektvanskene kan gi seg uttrykk i form av depresjon, angst, redsler, fiendtlighet og somatisering (Beitchman et al, 1991; Kendall-Tackett et al, 1993; Gomes-Schwartz et al, 1990; McGrath et al, 1990; Swanston et al, 1997; Wolfe et al, 1989 i Koverola & Friedrich, 2000).

Anne var påholden i reaksjonen overfor terapeuten. Hun viste ingen utadrettet aggresjon verken i terapi eller hjemme, men hun hadde tatt på seg rollen som den snille i familien, en som gjorde det som ble forventet av henne. Man kan få inntrykk av at hun hadde vansker med å kjenne og gi uttrykk for negative følelser.

Når barnet ikke får hjelp til å roe seg, må det selv finne måter å gjøre dette på. Noen løser dette ved å skade seg selv og opplever at den fysiske smerten tar fokus bort fra den psykiske. Dette kan ha vært en mestringsstrategi som hjalp barnet i øyeblikket. Dersom barnet fortsetter å benytte denne strategien, utgjør det etter hvert en maladaptiv strategi.

Funn fra tvillingstudier der det er kontrollert for genetiske og familiefaktorer, tyder på at vanskene i forbindelse med affekter og reguleringen av disse kan bli varige (Dinwiddie et al., 2000). Svikten kan ligge ulike steder. Affektregulering starter med en identifisering av indre arousal-tilstander samt tolkningen av disse ("jeg er redd"). Traumatiserte barn kan ha vansker både med diskriminering av ulike følelser samt å navngi dem (Cook et al., 2005). Barn utsatt for komplekse traumer har liten kontakt med egne følelser. De har i tillegg ofte ikke et velutviklet språk for å beskrive indre tilstander, slik trygt tilknyttede barn (over en viss alder) har (Cicchetti & White, 1990 i van der Kolk, 2005). Etter at følelsen er identifisert, må barnet kunne gi et adekvat uttrykk for følelsen og regulere indre tilstander, noe traumatiserte barn ofte har vansker i forhold til. Dette kan medføre kronisk nummenhet i forbindelse med emosjonelle opplevelser, unngåelse av emosjonelt ladede opplevelser (også positive sådan) og maladaptive mestringsstrategier som rusmisbruk og dissosiasjon (Cook et

al., 2005). Barnet må også lære seg å tåle sterke følelser og å forstå betydningen av dem.

I starten av terapien fremsto Bente som usigelig trist. Ansiktsuttrykket hennes var flatt og skiftet sjelden. Etter hvert kunne hun vise et større spekter av følelser. Noen ganger uttrykte hun dem svært sterkt. Da skvatt hun til i redsel, og sjekket raskt min reaksjon før hun forsto at det ikke var farlig å le høyt eller å skrike i frustrasjon og sinne.

Ved en anledning opplevde Bente at en taxisjåfør oppførte seg truende overfor Bente og moren. Dette fortalte moren da hun leverte Bente til terapi dagen etter. I denne timen ville Bente at jeg skulle tegne noe til henne. Jeg skulle selv bestemme hva. Jeg tegnet et skrik og fortalte at jeg hadde lyst til å skrike slik til sjåføren som hadde oppført seg dårlig overfor Bente og moren hennes. Det likte Bente. Senere i timen øvde skrek vi til sjåføren sammen.

På denne tiden viste Bente liten grad av følelser hjemme, med unntak av tristhet og sinne. Det kunne se ut til at Bente brukte terapirommet til å trene eller å teste ut om følelser kunne uttrykkes og på hvilken måte.

Bente hadde ofte med seg små lekedyr til terapitimen. Vi brukte mye tid på å snakke om hvordan dyrene hadde det i ulike situasjoner. Først etter ca 18 måneders terapi kunne Bente navngi flere følelser og i lek la dyrene gi adekvat uttrykk for disse.

Vansker i forbindelse med affektregulering kan gi seg uttrykk via barnets atferd, og vansker i forbindelse med atferdsregulering er ikke uvanlig blant barn utsatt for komplekse traumer. Man finner både over- og underkontrollerte mønstre (Cook et al., 2005). Forsinkelse i atferdsregulering inkluderer aggresjon, hyperaktivitet, selvskading og regelbrytende atferd. Dette har blitt identifisert i diverse studier (Beitchman et al, 1992; Kendall-Tackett et al, 1993; McGrath et al, 1990; Pearce & Pezzot-Pearce, 1997; Tong et al, 1987; Tufts New England Medical Center, 1984 i Koverola & Friedrich, 2000). Denne atferden kan ha en rekke funksjoner for det traumatiserte barnet. Den kan være resultat av automatiske reaksjoner på traumepåminnende stimuli,

forsøk på å oppleve mestring og kontroll, unngåelse av utålelige nivåer av emosjonell aktivisering eller forsøk på å oppnå aksept og intimitet (Cook et al., 2005).

3.5 Nevropsykologi

At barnas utvikling påvirkes av relasjonstraumer, dels i alvorlig grad, understrekes av nevropsykologiske funn. I flere korrelasjonsstudier er det funnet redusert cerebralt hjernevolum hos traumatiserte barn med PTSD, spesielt i frontallappene og da mest i høyre frontallapp (Carrion et al., 2001). Disse har blant annet med resonnering og abstrakt tenkning, regulering av målrettet atferd og regulering av affekt (de Haan et al., 1994, i Glaser, 2000), uttrykkelse og selvregulering av emosjoner samt regulering av respons til emosjonelt opphissende (arousing) situasjoner (Fosha, 2003; Hofer, 1994 i Glaser, 2000). Strukturer forbundet med evnen til mentalisering, befinner seg også i frontallappene (Baron-Cohen, 1995 i Fonagy & Target, 1998).

Fosha (2003) påpeker at høyre hemisfære, limbiske strukturer og linken mellom orbitofrontal cortex og høyre hemisfære – hjernestrukturer essensielle for operasjoner forbundet med emosjonelt materiale – påvirkes i negativ retning.

Hva er så de medierende mekanismer bak disse funnene? Det er antatt at redusert hjernevolum hos mennesker utsatt for traumer i barndommen kan skyldes giftvirkningen av store mengder stresshormoner (Sapolsky, 1993, i Carrion et al., 2001 s. 948). Carrion foreslår at langvarig stress medfører overaktivitet i barnehjernens HPA-akse (Hypothalamic-pituitary-adrenal axis), et system som regulerer frigjøringen av cortisol fra binyrebarken. Forhøyede verdier av catecholaminer (dopamin, adrenalin og noradrenalin) og cortisol medfører skade på hjernens utvikling, blant annet via akselerert tap (eller metabolisme) av nevroner (Edwards et al., 1990; Sapolsky et al., 1990; Simantov et al., 1996; Smythis, 1997 i DeBellis et al., 2002) og forsinkelse i myelinisering (Dunlop et al., 1997 i DeBellis et al., 2002). Carrion har tidligere undersøkt cortisolnivået hos 53 barn med traumatisk bakgrunn og PTSD-symptomer og funnet at disse gjennomsnittlig hadde høyere cortisolnivåer målt i spytt gjennom en dag enn alders- og kjønnsmatchende kontrollpersoner. Han påpeker imidlertid at andre

forskere har påvist hypocortisolisme hos voksne med PTSD, noe som kan virke motstridende med hans funn av høye cortisolverdier hos barn med PTSD. Han mener imidlertid at langvarig stress kan ha en annen effekt på et barns hjerne enn på en voksens, og at en av årsakene muligens kan være at barn har et høyere antall dopaminreseptorer enn voksne (Carrion et al., 2001).

Det kan altså se ut til at overgrep i barndommen kan ha relativt omfattende effekter på den utviklende hjerne. Kausale forhold mellom mishandling, psykiatriske symptomer og forandringer i hjernen er imidlertid svært vanskelige å fastslå. Årsaksforholdene kan være kompliserte og inkludere en mengde faktorer. Det er nær sagt umulig å separere effekten av mishandling fra effekten av andre faktorer som ofte er til stede i familier med overgrepshistorier. Carrion et al nevner at deres forsøkspersoner ikke er kontrollert for sosioøkonomisk status, og antyder at lav sosioøkonomisk status kan ha en indirekte sammenheng med hjernevolum via lite heldig ernæring, mindre stimulering etc. De Bellis et al har imidlertid gjennomført et sosiodemografisk matchet studie i 2002. Hans forsøkspersoner gjennomgikk også kliniske tester for PTSD samt omfattende MRI scanning. I dette studiet var den kliniske PTSD-gruppen medisinsk/fysisk friske, ikke utsatt for rusmisbruk verken post- eller prenatalt. Disse ble sammenlignet med en gruppe sosiodemografisk matchet, friske, ikke-mishandlede forsøkspersoner. Resultatene viste redusert hjernevolum hos PTSD-gruppen sammenlignet med kontrollgruppen, samt at hjernevolum korrelerte positivt med alder barnet hadde da traumet som utløste PTSD inntraff og korrelerte negativt med varigheten av mishandlingen. Man fant også positiv korrelasjon mellom størrelsen på frontallappene og barnets alder for når mishandling startet, noe som igjen tyder på at frontallappsskader kan være nært knyttet til barndomstraumer (De Bellis et al., 2002).

Vi har sett at relasjonstraumer potensielt kan påvirke barnas utvikling innen en rekke ulike domener. Finner vi synergieffekter av disse?

3.6 Interaksjon mellom de ulike utviklingsområdene.

Barn utvikler seg innen en rekke områder som alle interagerer. Et eksempel som illustrerer dette, er utviklingen av mentalisering (også kalt ”Theory of mind” eller ”reflekterende funksjon”).

Den omsorg et barn opplever og den tilknytningsstil det utvikler, kan ha påvirkning på andre utviklingsmessige områder. Et utrygt tilknyttet barn vil stadig sjekke sin omsorgsgivers humør, tilgjengelighet etc, og bruke mye av sin oppmerksomhet på dette. Et trygt tilknyttet barn kan i større grad bruke sin oppmerksomhet til utforskning av omgivelsene og til å tilegne seg erfaringer som kan fremme utviklingen av ulike mentale funksjoner. Trygt tilknyttede barn har dessuten minst én sensitiv omsorgsperson som ofte tilpasser sin atferd etter barnets indre tilstander, noe barn med andre tilknytningsmønstre ikke alltid har. Når den voksne tilpasser seg etter barnets indre tilstander, tilskriver omsorgsgiver barnet intensjonalitet, tanker og følelser. Etter hvert vil barnet forstå at omsorgsgivers responser tar utgangspunkt i barnets indre tilstand. Dette gir barnet en ramme til å forstå seg selv som et tenkende, følende og intensjonalt vesen, noe som danner spiren til reflekterende funksjon (Fonagy & Target, 1998). Et eksempel kan være en mors reaksjon når hennes spedbarn snur seg bort mens de leker. Gjennom kommentarer og spørsmål som ”Er du sliten, lille venn? Ble det for mye for deg?” viser hun at hun attribuerer intensjonelle og motivasjonelle tilstander til barnet. I Bentes historie kan man se på hvilken måte dette samspillet var forstyrret:

I Bentes oppvekst var det ikke stort rom for å bekrefte hennes tanker og følelser. Pappa krevde fullt fokus. Selv om pappa var mye sammen med Bente, skjedde alt på hans premisser, og han viet Bente liten oppmerksomhet. Bentes mor fikk ikke mulighet til å kompensere for dette i stor grad. Hun måtte for eksempel ligge i sengen og trøste far mens hun forsøkte å leke med Bente som satt ved siden av sengen. Av økonomiske årsaker måtte mor dessuten jobbe mye. Hun var dermed ofte borte. Dessuten levde mor under stadig frykt for fars reaksjoner dersom hun gjorde noe han ikke likte. Hennes fokus var derfor nødvendigvis i stor grad på ham og ikke på datteren. Bente

selv var redd for farens reaksjoner og holdt stadig et øye på ham. Bentes indre liv ble dermed nærmest ignorert både av moren, faren og av Bente selv.

Reflekterende funksjon setter barnet i stand til å forstå observerbar atferd i lys av indre motivasjonelle tilstander, noe som gjør atferden meningsfull. Dette gir for eksempel forståelse av andres tro, følelser, håp, fantasier, planer og andre mentale tilstander (Fonagy & Target, 1998). Det å forstå sammenhengen mellom indre tilstand og ytre observerbar atferd, har igjen påvirkning på selvorganiserende evner som affektregulering, impuls kontroll og opplevelse av selvagens (Fonagy & Target, 1998). I hvilken grad man forstår seg selv og andre ut fra mentale tilstander vil ha både sosiale konsekvenser, influere på ens forståelse av forholdet mellom indre og ytre realitet samt ha betydning for toleranse av affekt og frustrasjon.

Utvikling av mentaliseringsevne er et eksempel på at barnas ulike utviklingsområder henger sammen og påvirker hverandre. Vi ser at vansker forbundet med tidlig omsorg og tilknytning kan ha påvirkning på nevropsykologiske og kognitive områder (blant annet frontallapper og mentalisering), som igjen har implikasjoner for affekt og selvregulering (her affekt- og atferdsregulering). Bildet ser svart ut. Men blir alle relasjonstraumatiserte barns utvikling påvirket i like omfattende grad?

3.7 Risiko- og beskyttelsesfaktorer

Heldigvis vil ikke alle barn utsatt for relasjonstraumer forstyrres i sin utvikling i like stor grad. Barn reagerer ulikt på relativt like erfaringer, noe som har sammenheng med ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer. Barnets utvikling er avhengig av dets biologiske konstitusjon (med komponenter som temperament, stresssystem og kognitiv kapasitet) i interaksjon med miljøet barnet vokser opp i. For eksempel vil et barn med et lett temperament og velfungerende stresssystem som vokser opp i et trygt omsorgsmiljø ha bedre forutsetninger for å takle en traumatisk hendelse enn et barn med et vanskelig temperament og hyperreaktivt stresssystem som vokser opp med lite sensitive omsorgspersoner, høyt konfliktnivå i familien og rus. Via transaksjonelle kjeder av gjensidig påvirkning vil man ofte finne gode eller mindre gode spiraler, der for

eksempel et barn med vanskelig temperament påvirker sine omsorgspersoner på en slik måte at de viser lite tålmodighet overfor barnet, noe som igjen kan forsterke barnets vansker med å regulere seg.

Dette, i kombinasjon med visse faktorer ved traumet, gir ulike utfall. Traumerelaterte variabler kan være type traume, frekvens og tidsspenn traumene varer over, antall overgriper og barnets følelsesmessige forhold til overgriper. Også om det er tvang og trusler med i bildet, har påvirkning (Courtois, 2004). Alan Carr peker på ytterligere faktorer som kan ha betydning: Hvorvidt barnet har noen å fortelle om traumene til, om det blir trodd, om overgriper tar på seg ansvaret og om overgrepet var av kjærlighetsbetonet eller voldsbetonet art (Carr, 2006).

En vev av samvarierende faktorer

Barns reaksjoner på traumer er altså avhengig av mange faktorer, og følgene kan være vidtrekkende. For å gjøre det hele mer oversiktlig, lager jeg her en modell som viser traumenes påvirkning på barnet alt etter hvilket utviklingsmessige stadium barnet er i samt deres risiko- og beskyttelsesfaktorer.

Utviklings- stadium	Utviklingsmessige kjerneoppgaver	Traumepåvirkning	Beskyttelsesfaktorer (motsatt: risiko).
Spedbarn (0-2 år)	Tilknytning, imitering, eksplorering.	Tilknytnings- forstyrrelse, usikkerhet, disorganisering. Lite eksplorering? Vansker med stressregulering	Godt temperament. Lett regulerbar. Gode omsorgspersoner. Tilgang til en regulerende annen. Trygg tilknytning. Et velfungerende stresssystem. Ikke opplevd traumer

			tidligere
Småbarn (2-6 år)	Emosjonell selvregulering, mentalisering, lek og symbolisering. Autonomt selv. Sans for rett og galt.	Dårlig emosjonsregulering, manglende symbolisering, forstyrrelser i lek og mentaliserings-utvikling.	Selvstendighet, sosiabilitet, godt omsorgsnivå.
Barndom (6-12 år)	Jevnalder-identifisering/vennskap. Læring og problemløsning. Selvkontroll.	Asosial atferd, mistillit til voksenverden, mistillit til andre og seg selv. Redusert kunnskapstilegnelse? Problemløsningsevne?	Sterk mestringsmotivasjon, støttesystemer rundt familien.
Ungdom (12-18 år)	Intime relasjoner, relasjonell individuering – løsrivelse, fremtids-planlegging.	Manglende planleggings-kompetanse, manglende affektbevissthet, fragmenterte minner	”Internal locus of control”, selvstendighet, nære venner.

Modellen er ikke identisk med, men inspirert av Helen Christies modell (Christie, 2006).

For å forstå følgene av traumene, må man også vurdere barnas utvikling innen områdene interpersonlige områder, selvutvikling, affektbevissthet og affektregulering, kognisjon og nevropsykologi.

Relasjonstraumer kan som vi har sett ha store konsekvenser for barn. Hvordan skal så barna behandles på best mulig måte?

4. Del II: Drøfting av anbefalt terapi

Av alle intervensjoner benyttet til behandling av traumerelaterte symptomer hos barn, er det de ulike kognitive atferdsorienterte formene som har mottatt bredest støtte i empirisk forskning (Cohen, Mannarino, Berliner & Deblinger, 2006). Et sterkt fokus på traumehistorien anbefales ofte. Dette er ment å avhjelpe mange reaksjoner man kan få etter relasjonstraumer. Det å prate om traumet gir mulighet til å gi mening til hendelsen og reaksjonene i barnet, noe som kan bidra til bedret selvforståelse. Symptomer kan forklares og normaliseres for å minske patologioppfatning og bidra til forsoning med egne reaksjonsmønstre.

Man tenker også at fragmentering av det episodiske minnet er et viktig aspekt ved posttraumatisk skade, og at det bør jobbes med dette i terapien. Ved å prate om traumet kan man søke å komplettere fragmenterte minner. Dessuten oppheves hemmeligheten omkring historien. Denne kan ha vært tung å bære for barnet. Terapeuten kommer dessuten i posisjon til å trekke frem overgripers ansvarlighet, og å jobbe med barnets opplevelse av delaktighet samt skam- og skyldfølelse. Man tenker seg også at man kan lette den følelsemessige reaksjonen ved å snakke om det som har skjedd, samt at man kan bearbeide familierelasjoner.

Kognitiv terapi gir ofte resultater på kort tid. Dette er positivt – ikke minst for barn. For denne gruppen er det enda viktigere å raskt komme tilbake til normalfungering enn for voksne, for å unngå et etterheng i utviklingen. En raskt virkende behandling kan dessuten bremse negativ nevrobiologisk utvikling i barnas hjerne. Det å raskt gi et kognitivt verktøy som kan hjelpe på visse symptomer, kan også gi håp, noe som i terapiforskning har vist seg å være viktig for behandlingsresultatet.

Dyregrov og Raundalen (1997) beskriver hvordan kognitive teknikker kan benyttes overfor barn og ungdom med posttraumatiske problemer. Påtrengende minner avhjelpes ved forestillingsaktivitet, distraksjons- og kontrollteknikker, tankestopping og Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Unngåelsesreaksjoner avhjelpes ved å ta opp ubehagelige minner, gradvis eksponering og systematisk

desensitivisering. Symptomer på økt aktivering kan bekjempes ved hjelp av avslapningsteknikker, positive mentale bilder, desensitivisering eller medikamenter. Endrede antagelser om verden kan bearbeides vha kognitiv restrukturering og diskusjon omkring fakta, årsak og mening. Med disse metodene kan man bearbeide de reaksjonene som er typiske i PTSD; redusere de påtrengende minnene, avhjelpe unngåelsesreaksjoner og dempe aktiveringen i kroppen.

Også andre forskere peker på eksponeringsterapi/fokus på traumehistorien som effektivt virkemiddel ved posttraumatiske lidelser. På denne måten kan man oppnå avbetinging av angst assosiert med minnet (Foa, Riggs, Massie, & Yarczover, 1995), skape nye kognitive skjemaer som minsker konflikten mellom traumerelaterte erfaringer og skjemaer som eksisterte før traumet fant sted ("verden er trygg") (Harber & Pennebaker, 1992). Herman (1992) hevder avdekking av traumehistorien kan minske skam og selvnedvurdering dersom det skjer i en situasjon der terapeuten er ikke-dømmende og aksepterende. Ved eksponeringsterapi kan man søke å integrere ulike aspekter ved minnet, og på denne måten blant annet minimere forekomsten av betingede responser som mareritt og flashbacks (van der Hart & Op den Velde, 1991, i van der Kolk et al., 1996).

Ulike former for kognitiv terapi med fokus på traumehistorien anses altså å være "The treatment of choice". I dag anses Trauma Focused Cognitive Behavior Therapy for Children and Adolescents (TF-CBT) å være den mest validerte terapiformen som brukes på alle typer traumerelaterte reaksjoner hos barn, også der ikke full PTSD er utviklet (Cohen et al., 2006). Det er også denne terapiformen vi har blitt anbefalt brukt overfor barn utsatt for seksuelle overgrep på kurs her på instituttet. Jeg beskriver her elementer i behandlingen slik vi fikk den presentert, i dette tilfellet rettet mot en familie der et barn er utsatt for seksuelle overgrep:

Terapien starter med kartlegging etterfulgt av psykoedukativ behandling med informasjon om seksuelle overgrep både til barnet og omsorgspersonene. Herunder forekomst, hvem som rammes, vanlige reaksjoner etc. Man gir også kort opplæring i

strategier for å takle nåværende problemer. Deretter informere om behandlingsmodellen for å gi forutsigbarhet og håp.

Deretter en fase der foreldrene trenes i foreldreferdigheter. Rasjonalet bak dette er at foreldre ofte blir usikre i forbindelse med grensesetting for barn utsatt for seksuelle overgrep. De syns synd på barnet, tenker at barnet er skjørt og er usikre på hva barnet tåler etc. Dette kan være vanskelig for barnet å forholde seg til. Derfor inkluderer terapien trening for eksempel i hvordan gi ros, selektiv oppmerksomhet, time out og forsterkningsopplegg.

Overfor barnet jobber man så med avslapningsteknikker i form av pusteøvelser og muskelavslapning. Affektiv regulering og modulering er også et fokusområde. Dessuten kognitiv trening, for eksempel legge merke til indre dialog (og fortelle at dette er vanlig, man blir ikke gal). Deretter jobbe med traumenarrativet – etter først å ha gitt barnet begrunnelse for dette. Dette gir åpning for neste fase der man jobber med kognitiv mestring og prosessering som for eksempel kartlegging og endring av feilattribusjoner, identifisering av traumerelaterte kognitive feil og finne logiske brister. Så følger in vivo mestring, eksponeringstrening i forhold til traumepåminnere. Her gjøres barnet også oppmerksom på viktigheten av å unngå unnvikelsesatferd.

I avslutningsfasen fokuseres det på sikkerhet og utvikling. Barnet lærer å gjenkjenne situasjoner som kan være farlige og å si nei. Terapien avsluttes med felles timer for foreldre og barn der man åpner for kommunikasjon om det som har hendt og deler traumenarrativ.

Kognitive behandlingsformer, og TF-CBT spesielt, har fått god støtte i forskning. Forfatterne kan vise til solid empiri for hver enkelt komponent i terapien (Cohen et al., 2000). Cohen, Deblinger, Mannarino og Steer (2004) har også sammenlignet behandlingsresultat av henholdsvis TF-CBT og klientsentrert terapi brukt overfor en gruppe seksuelt misbrukte barn i alderen 8-14 år. De fant at TF-CBT førte til reduserte PTSD-, depresjons- og atferdsmessige symptomer hos barna i langt større grad enn en støttende terapi der fokus var på relasjon (terapiforløpet var av lik lengde; 16 timer). Dobbelt så mange av barna som fikk støttende terapi enn de som fikk TF-CBT, viste

PTSD-symptomer etter avsluttet behandling. Barna i TF-CBT-gruppen viste dessuten større nedgang i skamfølelse og negative selvattribusjoner. Studier som for eksempel Andrews, Brewin, Rose & Kirks (2000) tyder på at skam er viktig å adressere i terapi med traumatiserte barn. De fant at de som var utsatt for overgrep i barndommen, tenderte til å føle skam og sinne mot seg selv (men ikke mot andre). Deres og andres studier indikerer dessuten at skam og sinne kan fungere som en mediator mellom barndommens misbruk og fremtidig symptomatologi, hvertfall depresjon (Andrews, 1995) og bulimi (Andrews, 1997; Swan & Andrews, 2003) samt fungere som en risikofaktor for utvikling av PTSD ved senere traumeerfaring (Andrews, Brewin, Rose & Kirk, 2000).

Cohen og Mannarino har utført en rekke studier av terapi med barn i ulike alder utsatt for seksuelle overgrep. De finner at TF-CBT gir bedre resultater enn støttende terapi (Cohen & Mannarino, 1998). Dette er sammenfallene med hva Ramchandani & Jones (2003) konkluderer med i sin oversiktsartikkel.

TF-CBT er ment å kunne brukes overfor traumatisert barn generelt, også de med subthreshold PTSD. Anne og Bente er dermed i målgruppen. Ville også disse barna ha profittert på å få en behandling etter TF-CBT-modell?

Ville denne behandlingsmodellen passet for Anne og Bente?

Da Bente kom til terapi, visste vi lite om traumene hun hadde vært utsatt for. Vi visste kun at hun hadde mistet faren og at hun hadde opplevd noe skremmende i forbindelse med hans sykdom. Det tok noe tid før moren fortalte at traumene ikke bare hadde rot i fars sykdom og død, men også i fars fysiske og psykiske voldsutøvelse overfor familien i alle år.

En tidlig psykoedukativ tilnærming ville være vanskelig i dette tilfellet, da vi visste lite om hvilke traumer Bente var utsatt for. Det å starte med en kartlegging omkring traumene, ville neppe fungere med Bente. Hun snakket nesten ikke det første halve året. Hun var også svært vær for signaler som kunne minne om noe vondt hun hadde opplevd, og kunne lett dissosiere. Senere kom det frem at Bentes far hadde fortalt henne at han kunne se alt hun gjorde og lese alle hennes tanker etter at han var død, og

at han ville drepe moren eller Bente hvis hun tenkte eller gjorde noe han ikke likte. Dette lammet henne, og hun var livredd for å komme inn på emner som kunne være ”gale” i farens øyne. En tidlig psykoedukativ etterfulgt av eksponerende tilnærming ville dermed oppleves katastrofal for Bente.

Det var også vanskelig å få kontakt med Bente. Det å danne en allianse tok tid, og alliansen var skjør. Hun trengte tid før hun kjente seg trygg.

Hun viste seg dessuten å være svært lett retraumatiserbar. Etter et års terapiforløp oppfordret jeg henne til å jobbe med traumehistorien. Hun fikk da en kraftig symptomøkning i form av hyppigere mareritt, daglig enurese, tvang og stadig dissosiering. Dessuten uteble hun fra timene.

Anne, derimot, tålte konfrontering med traumeminnet i langt større grad. Hun hadde allerede fortalt moren om overgrepene og broren hadde bekreftet at det hadde skjedd. Det å prate om overgrepene med henne, var mulig i langt større grad enn med Bente. Anne kunne trolig gått gjennom TF-CBT slik den er skissert. Hennes terapiforløp inneholdt mange av de samme elementene. Likevel ville denne terapien neppe vært formålstjenlig for henne; Hun hadde ikke de typiske PTSD-symptomene, og hadde dermed ikke behov for desensitivisering.

TF-CBT er en empirisk validert terapiform. Forfatterne kan vise til overbevisende forskningsresultater der modellen fremtrer som et godt valg for traumatiserte barn og ungdommer, også de med ”subthreshold PTSD” som man kanskje kan si Anne hadde. Hva kan det da komme av at terapiformen ikke virker godt egnet for barna i våre to kasus?

4.2 Et sprik mellom forskning og klinisk praksis?

Ved forskning på behandlingseffekt på traumeutsatte, forskes det stort sett på barn med symptomer tilsvarende PTSD-diagnosen. I del I av oppgaven så vi at følgene av komplekse traumer kan være vidtrekkende. Passer disse barna inn i diagnosen PTSD?

PTSD - en god diagnose for relasjonstraumatiserte barn?

Barn utsatt for komplekse traumer kan vise en mengde symptomer (van der Kolk, 2003). Traumatiserte barn viser ofte symptomer som svarer til kriteriene for depresjon, ADHD, atferdsvansker, angstlidelser, spiseforstyrrelser, tilknytningsforstyrrelse (Cook et al., 2005). I de tilfellene traumene ikke er kjent, diagnostiseres ofte barna med ulike symptomlidelser som ADHD (regulerings- og oppmerksomhetsproblematikk), angst, fobier, depresjon, tilnytningsvansker etc. I de tilfellene man kjenner til at traumer har funnet sted, er PTSD den diagnosen som er ment å favne de aktuelle symptomene. Men gjør den egentlig det, eller trenger vi flere diagnoser for posttraumatiske reaksjoner?

Diagnosen PTSD er bygget på reaksjoner etter prototypiske traumer som krig, naturkatastrofer og voldtekt og er i utgangspunktet basert på reaksjoner hos voksne mennesker. *Kjernen i PTSD er påtrengende, uønskede minner om traumet, forhøyet/overdreven arousal med tilhørende skvettenhet/årvåkenhet samt bevisste eller automatiserte forsøk på å mestre dette i form av unngåelse og emosjonell nummenhet.* Mange forskere og klinikere mener PTSD-diagnosen ikke passer til barn som er utsatt for relasjonstraumer (blant andre Ford, Courtois, Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005; van der Kolk, 2005), og hevder man må innføre nye diagnoser for posttraumatiske lidelser for å dekke spekteret i reaksjoner klientene opplever. I den videre teksten beskriver jeg innvendinger mot PTSD-diagnosen samt noen av de alternative diagnosene som er foreslått. Dette for å vise hvilke aspekter ved posttraumatiske reaksjoner de ulike forskerne mener ikke reflekteres i PTSD-diagnosen.

PTSD-diagnosen skiller ikke mellom ulike traumer

En av de første som reiste kritikk mot av PTSD-diagnosen, Leonore Terr, peker på at traumeerfaringer kan gi mange ulike reaksjoner og at PTSD ikke skiller mellom disse. Allerede i 1991 skilte hun mellom ettervirkningene av et enkeltstående traume, noe hun kalte "Type I-traume", og ettervirkningene av vedvarende, gjentatt traumatisering som hun kalte "Type II-traume". Mens reaksjonene etter Type I-traume ofte vil kunne

falle inn under PTSD-diagnosen, hevdet Terr at symptomene som følge av et ”Type II-traume” er mer omfattende og inkluderer fornektelse og psykisk følelseslammelse, selvhypnose og dissosiering samt vekslning mellom ekstrem passivitet og raserianfall (Terr, 1991).

PTSD-diagnosen reflekterer ikke relasjonelle vansker

Andre peker på at PTSD ikke dekker de interpersonlige vanskene relasjonstraumer ofte medfører, blant annet Judith Lewis Herman. Hun gjennomgikk faktoranalyser av undersøkelser som omhandlet barn utsatt for overgrep og fant at symptomene skilte seg fra PTSD-kriteriene (slik denne diagnosen var definert i DSM-IV) i stor grad. Ut fra dette lanserte hun diagnosen Complex PTSD (senere kalt DESNOS i DSM-IV) (Herman, 1992). Diagnosen var ment å dekke symptomene mennesker som har vært utsatt for totalitær kontroll gjennom lengre tid inklusive ofre for vold i hjemmet, fysiske eller seksuelle overgrep i barndommen og organisert seksuell utnyttelse. Karakteristisk for denne diagnosen er endringer i relasjon til andre, herunder vansker med å danne forhold til andre som fører til trygghet og stabilitet. Dette gjør at mange med DESNOS-karakteristika havner i usunne forhold med misbruk, reviktimisering og det å stadig bli forlatt som følge – en ond sirkel der mistilliten de har til andre intensiveres.

Andre vansker Herman beskriver er endringer i selvoppfattelsen og affektreguleringsproblematikk som for eksempel vansker med å modulere sinne. Hun beskriver også maladaptive metoder for selvregulering som rusavhengighet, spiseforstyrrelser, selvskading etc. I tillegg endringer i bevissthet og oppmerksomhet som amnesi eller hyperamnesi med hensyn til traumatiske opplevelser samt dissosiative episoder.

Forhold til gjerningsmannen kan være preget av voldsom ambivalens som for eksempel hat kombinert med idealisering. En del klienter utsatt for denne typen traumer kan også ha en nærmest overtroisk antagelse om at gjerningsmannen eller krenkeren har total makt, og aksept av gjerningsmannens eller krenkerens meninger/oppfattelser kan forekomme. Typisk er også tap av tro og tillit og en følelse

av håpløshet og fortvilelse. I tillegg kan man finne somatisering eller faktiske medisinske vansker som direkte følge av overgrep (Courtois, 2004; Herman, 1995; Pearlman & Courtois, 2005).

Mens PTSD er kategorisert som en angstlidelse, inkluderer altså DESNOS en rekke andre vansker. DESNOS ble inkorporert i DSM-IV i 1994 som "associated features of PTSD", men ikke som egen diagnose. Risikofaktorer for utvikling av DESNOS er om traumene starter tidlig, stressoren er av interpersonlig art og av lang varighet (American Psychiatric Association, 1994, Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk & Mandel, 1997). Det ser også ut til at seksuelle overgrep, spesielt i kombinasjon med fysiske overgrep, utgjør en mer betydelig risikofaktor enn fysiske overgrep alene (Roth et al., 1997). Det hersker i dag usikkerhet omkring DESNOS og PTSD er overlappende eller distinkte lidelser. Her spriker dagens forskningsresultater (Courtois, 2004).

Det er reist forslag om andre diagnoser for følger av relasjonstraumer, for eksempel "Posttraumatic Relationship Syndrom" (Vandervoort, 2003) og "Developmental Trauma Disorder" (van der Kolk, 2005). Begge disse vektlegger relasjonelle vansker.

PTSD-diagnosen dekker ikke utviklingsmessige effekter

En tredje innvending mot PTSD-diagnosen er at den ikke dekker de utviklingsmessige effektene komplekse traumer kan ha på barn som forstyrrelser i affektregulering, tilknytning, vansker med å regulere egen kropp i forbindelse med søvn og spising, de negative indre arbeidsmodellene av selv og andre, selvhat og skyldfølelse etc (van der Kolk, 2005). Classen og kolleger søker å inkorporere et av de utviklingsmessige aspektene, nemlig tilknytning, i diagnostisering, forslår diagnoser som er hybrider av Borderline Personlighetsforstyrrelse (BPD) og PTSD (Classen, Pain, Field & Woods, 2006). De viser til en undersøkelse der man finner at komorbiditeten mellom BPD og PTSD er høy. Her finner man at 56% av pasientene med BPD også har PTSD, og at 68% av PTSD-pasientene hadde BPD (Shea, Zlotnick & Weisberg, 1999 i Classen et al., 2006).

Forfatterne hevder at BPD kan ses på som adaptasjoner til det å leve med desorganisert tilknytning, ofte kombinert med lettere traumatisering. Dersom barnet i tillegg har opplevd kronisk og alvorlig traumatisering, mener de dette gir seg utslag som en kombinasjon av BPD og complex PTSD/DESNOS. Denne kategorien symptomer mener de danner en egen diagnose; Posttraumatic Personality Disorder, Disorganized (PTPD-D) Klienter som har hatt en trygg tilknytning men opplevd kronisk traumatisering, mener de passer til diagnosen Posttraumatic Personality Disorder – Organized (PTPD-O). Disse klientenes mestringsstil skiller seg fra PTPD-D ved at de ikke har BPD-symptomer, men ”kun” complex PTSD/DESNOS.

Classen og kolleger mener langvarig traumatisering i barndommen ikke bare gir et sett symptomer, men at det faktisk påvirker barnets personlighet. Disse nye diagnosene er ment å gi en bedre forståelse for etiologi samt behandling av symptomer knyttet til kroniske traumer i oppveksten, enten hos barn eller voksne klienter.

Oppsummerende kan man si at det i dag foregår en diskusjon i det psykologiske fagmiljøet omkring PTSD og hvorvidt man bør innføre nye diagnoser for å dekke de omfattende vanskene mange utsatt for komplekse og relasjonelle traumer kan utvikle. PTSD-diagnosen vektlegger traumeperspektivet og mange hevder at man i tillegg må inkorporere de utviklingsmessige, relasjonelle og emosjonelle vanskene som gjerne oppstår ved omfattende traumatisering spesielt i nære relasjoner. Om PTSD-diagnosen er adekvat for relasjonstraumatiserte barn, kan altså diskuteres. Hvilke følger har dette for vår forståelse av forskningen som foreligger?

Er traumeforskningen utført på representative utvalg?

I forskning av behandlingseffekt ved PTSD er består utvalget som nevnt oftest barn utsatt for traumatiske hendelser og med symptombilde svarende til PTSD-kriteriene. Et vanlig eksklusjonskriterium for deltakelse i slike studier er komorbide lidelser (Spinazzola, Blaustein & van der Kolk, 2005). Dette til tross for at komorbide lidelser er så vanlige ved PTSD at enkelte hevder ren PTSD ikke er representativt for behandlingssøkende mennesker med traumbakgrunn (Ballenger et al., 2000 i Spinazzola et al., 2005). Diverse studier viser at ca 80% av mennesker med PTSD har

komorbide lidelser (Spinazzola et al., 2005). Vi har sett at mange av de sterkt traumatiserte barna har mer omfattende vansker enn det PTSD-diagnosen refererer til. Bente er et eksempel på et slikt barn. Hun ville trolig passet bedre til diagnosen DESNOS.

Effekten av behandlingsopplegg for traumatiserte barn er altså studert på et utvalg med ren PTSD, noe som ser ut til være lite representativt for gruppen traumatiserte barn generelt og spesielt for barn utsatt for komplekse relasjonstraumer. Spinazzola og kolleger hevder dessuten at det ofte er stor frafallsprosent under disse studiene. De kritiserer studiene for at frafallsprosenten ikke alltid offentliggjøres, og at ikke de som velger å trekke seg fra studiene, studeres. Spinazzola og kolleger stiller spørsmålsteget ved om de som avslutter behandlingen i startfasen, kan ha mer komplekse former for posttraumatiske følger (Spinazzola et al., 2005). Også Dyregrov og Yule (2006) peker på nødvendigheten av å studere de som avslutter terapien i startfasen.

Kan de optimistiske resultatene fra undersøkelsene der eksponeringsterapier som for eksempel TF-CBT er brukt overfor traumatiserte barn med ren PTSD generaliseres til den større gruppen traumatiserte barn, som ofte har mer omfattende vansker? Hvilke utfordringer kan man møte i klinisk hverdag dersom man benytter denne typen terapi på barn som Bente, som har mer omfattende problematikk enn det PTSD-diagnosen beskriver?

4.3 Problemer i forbindelse med bruk av eksponeringsterapi overfor relasjonstraumatiserte barn

I Annes tilfelle ville trolig terapimodellen kunne brukes, selv om den trolig ikke var formålstjenlig med tanke på symptomene hun hadde. I Bentes tilfelle ville vi møtt vansker i forbindelse med allianse, agens, overveldende affekter og retraumatisering dersom vi benyttet eksponeringsterapi. I det følgende vil jeg drøfte bruk av eksponeringsterapi (her: terapi med fokus på traumehistorien) brukt overfor relasjonstraumatiserte barn, med bakgrunn i erfaringene fra Bentes terapi.

Vansker i forhold til terapeutisk allianse

Terapiforskning indikerer at terapeutisk allianse er blant de sterkeste terapeutiske virkemidler vi har (for eksempel Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004 i Jensen, Gulbrandsen, Haavind, Mossige, Reichelt & Tjersland, submitted). Cloitre og kolleger har undersøkt hvilken rolle terapeutisk allianse har for utfallet av behandling av voksne PTSD-pasienter som har vært misbrukt i barndommen. Disse fant klar sammenheng mellom kvaliteten på alliansen og behandlingsutfallet (Cloitre, Stovall-McClough, Chemtob & Miranda, 2004), noe som understreker betydningen av allianse ved behandling av posttraumatisk problematikk.

I terapi med Bente opplevdes alliansen som svært skjør. Courtois (2004) peker på at dette ikke er uvanlig i terapi med barn utsatt for komplekse traumer. De kan oppfatte terapeuten som en autoritetsfigur som barnet har erfart at det bør være redd for, unngå å stole på, utfordre, teste, ta avstand fra, rase mot, vise seksualisert atferd mot etc. Barnet kan også se terapeuten som den gode omsorgspersonen det har lengtet etter – eller variere mellom disse oppfatningene (spesielt hvis pasienten er svært dissosiativ). Klienten kan være fylt av skam og redsel for å bli sett og avvist av terapeuten.

Som vi har sett, finner man dessuten desorganisert tilknytning hos opptil 80% av sped- og småbarn utsatt for traumatisering/misbruk desorganisert tilknytning (Friedrich, 2002 i Cook et al., 2005). Alexander & Anderson (1994) fant at mennesker som har vært utsatt for kronisk mishandling og har utviklet utrygg tilknytning, har vanskeligere for å danne allianse og nyttiggjøre seg terapi i etterkant av mishandlingserfaringen enn de som før mishandlingen startet hadde opparbeidet trygg tilknytning til en omsorgsperson. Det å etablere terapeuten som en trygg base, noe som muliggjør utforskning av det vanskelige, blir naturlig nok vanskeligere for en med utrygg eller desorganisert tilknytning enn for en med trygg tilknytning. For disse kan man kanskje si at relasjonen ikke bare utgjør kontekst for behandlingen, men også et middel til å skape endring der selve alliansen har instrumentell verdi? Liebermann (2004) hevder at dette kan være noe av det viktigste arbeidet man gjør med klienter utsatt for relasjonstraumer – å gi dem en erfaring med at det er trygt å inngå en relasjon til en voksen, at fortrolighet er mulig, at det finnes mennesker man trygt kan stole på.

Er det elementer i TF-CBT som kan influere på alliansen med barn utsatt for relasjonstraumer? I Tine Jensen og kollegers studie av allianse mellom terapeut og barn i saker der barnet mistenkes å være utsatt for seksuelle overgrep, fant de blant annet at press og direkte spørsmål om de mulige overgrepene var vanskelige, og kunne være ødeleggende for alliansen (Jensen et al., submitted). Et sentralt element i TF-CBT er tidlig fokus på traumehistorien. Dersom man presser på, om enn mildt, kan da dette være forenlig med grunnpilarene for terapeutisk allianse; en enighet om mål og middel samt god kontakt?

Dyregrov (1998, s 148) skriver dessuten:

”For barn som har opplevd repetisjonstraumer, kan relasjonsbyggingen ta mye lengre tid enn ellers, fordi de har mistet tiltroen til andre. Her kan også en klar og sterk signalisering av varme og omsorg i startfasen virke skremmende, fordi en overgriper kan ha nyttet slike strategier koblet med misbruk, eller rett og slett fordi det er så uvant å bli møtt med slik varme” (Dyregrov, 1998, s 148).

Kognitiv atferdsbehandling utelukker på ingen måte at man er opptatt av allianse.

Imidlertid settes det ikke av særlig mye tid beregnet på nettopp dette.

Ut fra dette kan man stille spørsmål ved om terapimodellen TF-CBT er forenlig med å danne god allianse med barn utsatt for komplekse traumer? På den annen side kan man spørre seg om det er mulig å oppnå en god allianse med traumatiserte barn uten tidlig å vise at man kan snakke om alt – også traumet, det aller farligste? Her ser det ut til at terapeutisk skjønn må benyttes. Dersom man er i tvil om tidlig eksponering er gunstig med tanke på alliansen for den enkelte klient, kan man muligens stole på at barn som lurar på hva terapeuten tåler, ofte vil teste ut dette via atferd som er utfordrende for terapeuten? Dersom terapeuten takler dette, har han bestått ildprøven – samtidig som han følger det tempo barnet tåler og lar barnet være den styrende i egen prosess. På den måten viser man at man ikke vil trække over barnets grenser. For barns selvagens er også et viktig tema for disse barna.

Vansker i forbindelse med agens og grensesetting

Terapi med barn utsatt for relasjonstraumer er terapi med barn hvis grenser har blitt overskredet. Ved komplekse traumer har dette skjedd gang på gang. Barnets protester (stille eller uttalte) er ikke blitt hørt. Man kan nærmest si at barna er avlært hva gjelder personlig grensesetting. Bente, et barn hvis liv fullstendig var blitt styrt av farens luner, er illustrerende for dette:

I de første timene Bente kom til terapi, ville hun tegne. Kontakten opplevdes skjør. Nesten umerkelig flyttet hun armen slik at hun skygget for en liten del av tegningen. Jeg spurte om hun ville at jeg skulle la være å se på mens hun tegnet. Bente nikket forsiktig. Etter dette var jeg påpasselig med å ikke kaste så mye som et lite blick på tegningen uten først å spørre om lov. Jeg ga også eksplisitt uttrykk for at hun var den som bestemte i terapitimen. Bente kastet stadig stjålne blick på meg som for å sjekke at jeg overholdt avtalen. Dette gjorde hun uten at jeg merket det, kun oppfattet av observatør som så gjennom enveisspeil.

Etter hvert fikk jeg lov å se på mens Bente tegnet, men jeg spurte alltid først. Etter hvert satte Bente tydeligere grenser for seg selv. Jeg gjentok stadig at her var det hun som bestemte.

Ved eksponeringsterapi er man avhengig av at klienten evner å si fra dersom det blir for sterkt. Dersom som man presser frem traumehistorien, må man forutsette at klienten kan si stopp. Når mange av disse er avlært hva gjelder personlig grensesetting – hvordan kan da dette forsvares? Samtidig kan man si at en gjennomgang av traumehistorien med vekt på barnets mestring i situasjonen, kan være med på å gjenopprette en følelse av agens. Samtidig må man ta hensyn til det som trykker mest på samt klientens opplevelse av hva som er nyttig for ham eller henne, slik at klienten opplever å være subjekt i eget liv.

Her må man som terapeut vurdere om de gode hensiktene ved å fokusere på traumehistorien veier opp for faren for retraumatisering.

Vansker i forhold til retraumatisering

For noe av det siste vi som terapeuter ønsker, er å skade barna vi har i behandling. De traumatiserte barna har allerede smertefulle erfaringer bak seg – vi ønsker ikke å legge sten til byrden. Dette er noe både de erfarne terapeutene i FOBIK-prosjektet og jeg var opptatt av. Fobik-terapeutene rapporterte at de fryktet at direkte spørsmål ville kunne virke retraumatiserende (Jensen et al., submitted).

Flere forskere peker på risikoen for retraumatisering ved eksponeringsterapi for klienter utsatt for komplekse traumer, spesielt dersom det skjer tidlig i behandlingen og uten først å ha forsikret seg om at de evner å regulere affekt (Courtois, 2004; Vandervoort, 2003). Med retraumatisering menes at samtale om eller tanker på traumerelaterte minner aktiverer sterke emosjonelle reaksjoner eller destruktive mestringsforsøk, uten at pasienten er i stand til å regulere disse. Som vi har sett i teoridelen, har barn utsatt for omfattende traumer ofte vansker i forbindelse med affekt og affektregulering.

Vansker i forbindelse med affekt og affektregulering

Dyregrov og Raundalen (1997) anbefaler kognitiv terapi – men brukt overfor Type I-traume (slik Leonore Terr definerte det).

”For barn som har opplevd repetisjonstraumer kreves det selvfølgelig mer langvarige terapeutiske opplegg, fordi barna ofte må lære å håndtere følelser helt fra grunnen av. Dette er en gradvis prosess hvor barna først må lære å identifisere, skille fra hverandre og kjenne på ulike følelser. I tillegg skal de øves opp til å modulere styrken på ulike følelser, følelser som før kan ha vært sterkt undertrykket eller som bare betød fare og ubehag” (Dyregrov, 1998, s 176).

Affektregulering er et av områdene som berøres i TF-CBT, men det fokuseres ikke i stor grad på dette. Ut fra Bentes historie kan man se at relasjonstraumatiserte barn kan ha et relativt stort behov for hjelp til å utvikle sin affektbevissthet og affektreguleringsevne.

Vi ser altså at eksponeringsterapi kan fungere godt der PTSD-symptomer er de dominerende og avhjelpe mange av de traumatiserte barnas vansker. Vi har sett at noen klienter, for eksempel Anne, tåler tidlig eksponering, mens det for andre, som Bente, kan forstyrre allianse og føre til retraumatisering. Hvordan skal vi vite hvem som tåler eksponering og hvem som ikke gjør det? Og hva slags terapi skal vi tilby de som ikke egner seg for eksponeringsterapi?

4.4 Kan utviklingspsykologisk kunnskap bidra til å forklare forskjeller i utfall og gi retning for terapivalg?

I Del I så vi at relasjonstraumer kan påvirke barnas utvikling innen relasjon, selvutvikling, kognisjon, affektbevissthet og affektregulering samt nevropsykologi. Vi så også at faktorer ved traumet hadde betydning for utfallet. Alder for når traumene starter, sier noe om hvilke områder innen barnas utvikling som påvirkes. Dessuten så vi at risiko- og beskyttelsesfaktorer modererer utfallet. Vi skal nedenfor se om denne kunnskapen kan brukes til å forklare forskjellene på Annes og Bentes reaksjoner etter traumene samt hvilken behandlingsform de profitterte på.

Annes og Bentes følger av traumene de var utsatt for

En rekke faktorer skilte traumene Anne og Bente var utsatt for samt reaksjonene de i etterkant viste.

Faktorer ved traumene

Bentes traumer startet da hun var svært liten mens Annes startet da hun var fem år. Annes overgriper var storebror, mens Bentes var far og trolig primær tilknytningsperson. Man kan da tenke seg at Bentes overgriper sto henne nærere enn Annes, noe som øker alvorlighetsgraden. Begges traumer kan kategoriseres som alvorlige; Bentes levde nærmest i et terrorvelde og var redd for morens og brorens liv. Annes traumer besto av alvorlige, men ikke like hyppig forekommende, seksuelle overgrep. For dem begge var det trusler med i bildet. Bentes far truet med å drepe dersom moren forlot ham, og Annes bror fortalte at han måtte fengsles dersom

overgrepene ble avslørt. En implisitt trussel var også mors psykiske helse, Bente var usikker på om moren ville tåle å høre hva som foregikk.

Begge barna opplevde skam og hemmeligholdelse av traumene. Begge hadde altså opplevd alvorlige traumer, men Bentes skjedde i en nærere relasjon, startet tidligere, foregikk kontinuerlig og over en lengre periode. På hvilken måte var deres utvikling påvirket?

Utviklingsområder

Relasjonelt:

Anne hadde i utgangspunktet en trygg tilknytning, hennes overgriper sto henne nær men var ikke primær tilknytningsperson. Hun hadde en god omsorgssituasjon om man ser bort fra overgrepene. Traumene inntraff først da hun var fem år. Riktignok fikk overgrepene innvirkning på hennes måte å forholde seg til andre på, men ikke i samme grad som Bente.

Bente hadde trolig desorganisert tilknytning til sin primære tilknytningsperson (far). Hennes omsorgssituasjon var i stor grad påvirket av traumene, som preget hverdagen i hele familien og varte hele hennes liv.

Utvikling av selvet:

Anne hadde i følge moren et godt selvilde da overgrepene startet. Hun hadde ikke samme grad av identifisering med overgriper som Bente hadde.

Bente hadde både sterk identifisering med overgriper i og med at han stadig hadde presisert hvor like de var. Dessuten hadde traumene påvirket hennes omsorgsmiljø og fratatt henne utviklingsstøtte. Hun hadde ikke blitt sett og opplevd å kunne påvirke andres atferd. Hennes opplevelse av agens var dermed svak. Hun hadde i liten grad opplevd at omsorgspersonene forholdt seg til hennes indre tilstander, noe som hadde gått utover hennes utvikling av mentalisering, selvforståelse og selvregulering.

Kognisjon:

Anne hadde tatt mye av skylden på seg selv. Hun opplevde seg delaktig. Dette hadde ført til negative selvattribusjoner.

For Bente var de kognitive områdene affisert i større grad. Hun hadde mistet troen på det gode i livet. Hun var preget av håpløshetsfølelse og –tanker. Bente ble i perioder ansett å være suicidal.

Affekter og affektregulering:

Anne var normalutviklet på dette området, men hun følte mye skam i forbindelse med overgrepene. Hun var dessuten plaget av sterkt ambivalente følelser overfor broren.

Bente var i utgangspunktet følelsesflat med unntak av sterke raserianfall. Hun kunne i svært liten grad differensiere følelser, navngi dem, tolerere dem, gi uttrykk for dem på en adekvat måte og forstå deres betydning.

Nevropsykologi:

Annes overgrep var skambelagte, men ikke enormt skremmende slik Bentes var. Bentes livssituasjon var preget av stor grad av uforutsigbarhet kan medføre konstant alarmberedskap. Hun var stadig redd for sin mors og brors liv, uten å kunne gripe inn. Hun var også stadig vitne til grov vold, og levde nærmest i et terrorvelde. Hun ble i liten grad trøstet, og opplevde liten grad av en regulerende annen som baby. Man kan dermed tenke seg at hun har hatt enorme mengder stresshormoner i kroppen, nærmest konstant, mens Anne opplevde enkelthendelser som stressende – men hadde et normalt liv for øvrig. Ut fra dette kan man tenke seg at Bentes traumer hadde langt større innvirkning nevropsykologisk enn Annes, uten at man kan si noe sikkert om dette uten nærmere undersøkelser.

Utviklingsmessige kjerneområder

For Bentes del, hadde traumene vart hele hennes liv da hun kom til terapi. Annes traumer startet de da hun var fem år. Hun hadde tilsynelatende hatt en god oppvekst frem til det. Man kan da tenke seg at hun hadde rukket å utvikle emosjonell selvregulering, mentalisering, lek og symbolisering, et autonomt selv samt sans for rett

og galt. Disse områdene er ikke ferdigutviklet ved fem års alder, men et grunnlag er lagt. Bente hadde ikke hatt de samme utviklingsmulighetene. Hun hadde vansker med samtlige ovennevnte områder. For eksempel hadde hun ikke en godt utviklet lekeevne, noe man ofte ser hos traumatiserte barn.

Risiko- og beskyttelsesfaktorer

Anne hadde tilsynelatende trygg tilknytning til sin mor. Hun hadde en omsorgsfull mor som riktignok var plaget med depresjoner. Hennes omsorgsmiljø var normalt med unntak av overgrepene i motsetning til Bente. Anne hadde også muligens utviklet andre sunne psykologiske faktorer som indre locus of control, et godt selvbylde, god mestring på flere områder, lekeevne etc før traumene startet.

Man finner knapt noen beskyttelsesfaktorer i Bentes tilfelle.

Anne og Bente reagerte altså relativt ulikt på traumene de var utsatt for. På hvilken måte påvirket dette deres terapibehov?

Refleksjoner rundt Annes og Bentes terapiforløp

Begge barna var traumatisert. Vi ser at traumene hadde fått langt større følger for Bentes utvikling enn for Annes. Hvordan ble deres ulike behov møtt i terapi?

Bente hadde behov for å jobbe med affektbevissthet, affektregulering, selvutvikling og relasjon for å nå et aldersadekvat utviklingsnivå innen disse områdene. Uten dette, fungerte hun ikke godt i hverdagen. Når vi jobbet med relasjon, i Bentes terapi vektla vi relasjonsjobbing der Bente fikk bekreftelse/relasjonell støtte. Vi jobbet også med å utvide hennes funksjonelle kapasitet ("supportive scaffolding"). Ett av målene for behandlingen var at relasjonen kunne gi Bente mulighet til å endre sine relasjonelle mønstre.

Hun bearbeidet tapet av faren blant annet via tegninger. Vi jobbet etter hvert også mye via lek, både for å øve opp Bentes lekeevne, for å bearbeide vonde hendelser og for å komplettere narrative hennes. Via lek jobbet vi med affektbevissthet (ved å tillegge dyr og dukker følelser i lek) og affektregulering. Dessuten jobbet vi mye med Bentes

magiske tanker. I tillegg samarbeidet vi med barnevern og barnehage, senere skole, og hadde timer med mor.

I Annes terapi var de traumatiske hendelsene et tema i langt større grad, men også for Anne var det vanskelig å prate om det som hadde skjedd. Hun betegnet overgrepene som ”det”, og viste tydelig at hun syntes disse hendelsene var vanskelige å snakke om og at de var svært skambelagte for henne. Terapeuten valgte en skånsom fremgangsmåte der hun snakket med moren om overgrepene mens Anne kunne sitte og tegne, slik at hun kunne høre hva som ble sagt, og selv velge om hun ville prate eller lytte. Hun fikk på den måten muligheten til å bearbeide det som har skjedd og til å få komplettert sin narrativ uten press om å prate om det vanskelige. Hensynet til hennes opplevelse av agens ble på denne måten ivaretatt.

Ved samtale om overgrepene fokuserte terapeuten på Annes mestring i situasjonen, hun hadde blant annet vært modig og sagt fra til mor. Andre temaer var hvordan overgrepene hadde opplevdes for Anne (ekkel) og at det var bra også for broren at hun hadde sagt i fra. (Hvis dette hadde fortsatt, hadde han kanskje måttet i fengsel). I en av timene var temaet å si nei hvis noe liknende skjedde en annen gang. Et siste tema var hvordan Anne ville håndtere minnene om overgrepene i fremtiden.

Riktignok var selve traumehistorien et tema i behandlingen til Anne, men hensikten med dette var ikke først og fremst angstreduserende desensitivisering som ved TF-CBT. Hensikten i dette tilfellet var for det først å redusere risikoen for reviktimisering. Ved å snakke om overgrepene ble Anne bevisstgjort på hvordan hun kunne unngå at det gjentok seg (for eksempel ikke bli med broren inn på rommet hans uten at andre var til stede). Dessuten hadde Anne og moren et ønske om å snakke om overgrepene, til tross for smerten det medførte. De mente at det som ville hjelpe dem, var å snakke om det vanskelige, å ”ikke skyve det vonde under teppet”, som Anne sa. Terapeuten valgte altså å snakke om traumehistorien, ikke med tanke på eksponering som ved PTSD-symptomer, men for å unngå reviktimisering samt for å følge klientenes egen teori om hva som ville være nyttig for dem.

I Annes terapi ble også andre områder berørt. Av hensyn til Annes sikkerhet flyttet broren ut. Nå ble både Anne og moren opptatt av hvordan det ville gå med broren, og dette ble et naturlig tema i behandlingen. Mor, som Annes primære omsorgsgiver, hadde også stort behov for hjelp. Hun slet med sterkt ambivalente følelser overfor sønnen. Hennes behov for å ivareta både ham og datteren, var vanskelig forenlige. Skulle hun ivareta sønnen på best mulig måte, ville hun ha ham hjemme. Det ville imidlertid gå utover datteren og hennes sikkerhet. For at moren skulle kunne ivareta sin datter på en god måte og evne å imøtekomme hennes behov, fant terapeuten at mor trengte å få hjelp med situasjonen.

Anne og Bentes terapiforløp var altså ganske ulike. Dette kan naturligvis ha sammenheng med at de møtte ulike terapeuter som hadde forskjellig innfallsvinkel ved arbeid med traumeutsatte barn, eller kan det ha sammenheng med deres ulike reaksjoner på traumene de var utsatt for? Kan vi forklare årsaken til at Bente tålte langt mindre grad av eksponering for traumepåminnende stimuli enn Anne?

Noe som skilte Anne og Bente var deres utvikling innen områdene relasjon og affekt. Vi har sett at store relasjonelle vansker har implikasjoner for alliansedannelse. Vansker i forbindelse med affektregulering kan føre til overveldelse ved sterke emosjonelle stimuli som for eksempel eksponering for traumehistorien. Det kan se ut til at de som er sterkt påvirket innen disse områdene ikke egner seg for tidlig eksponering. Hvis man tar barnas mestringsstil med i betraktning, ser vi at Bentes dissosiasjon kombinert med affektreguleringsvansker vanskeliggjør eksponering. Hun ble lett emosjonelt overveldet, og i slike situasjoner dissosierte hun. Dette kunne lett føre til retraumatisering. Annes mestring i traumesituasjonen gikk i stor grad ut på å tilskrive seg selv skyld, noe som blant annet kan behandles kognitivt med fokus på traumehistorien (Cohen et al., 2004).

Andre forskjeller i barnas terapitilbud reflekterer deres ulike ønsker og teorier om hva som vil hjelpe, men også ulike behov for hjelp til å nå aldersadekvate utviklingstrinn innen relasjonelle områder, selvutvikling, kognisjon samt affektbevissthet og –

regulering. Bentes utvikling var påvirket i langt større grad enn Annes i så henseende, noe som førte til annet fokus og lengre terapiforløp for henne.

Vi ser at utviklingspsykologi kan bidra vesentlig til å forklare forskjeller i barns utfall etter relasjonstraumer og bidra til å gi retning for terapi. Vi ser også at Annes og Bentes reaksjoner på relasjonstraumene artet seg altså relativt ulikt, noe som ga opphav til ulik terapi. Også andre klinikere og forskere har opplevd behovet for et mer differensiert syn på behandling av traumatiserte barn:

4.5 Et differensiert syn på terapi av traumatiserte barn

Barns reaksjoner på traumene kan være svært ulike. Hvis det pasienten plages av er påtrengende minner og følelser som pasienten forsvarer seg mot ved å unngå stimuli som kan minne om traumet og fremkalle disse, vil egnet terapi inkludere desensitivering av traumatiske minner slik at habituering til betinget stimuli som fremkaller de ubehagelige minnene/følelsene, kan skje. Hvis dissosiering, somatisering, relasjonelle vansker og dysregulering er det som plager pasienten, vil slik desensitivering neppe ha noen funksjon (Van der Kolk et al., 1996). Enkelte hevder faktisk at det kan være kontraindisert (Ford & Kidd, 1998).

Forskning indikerer altså at kognitive teknikker med relativt liten vekt på det terapeutiske forholdet kan ha god effekt på klassiske symptomer forbundet med ren PTSD samt tilhørende depresjon, der dette er det fremtredende. Noe som problematiserer bildet, er at symptombildet kan variere; PTSD-diagnosen følges ofte ad med vansker i forbindelse med affektregulering og dissosiering. Hvilke av symptomene som er mest påtrengende, kan variere over tid (Van der Kolk et al., 1996). Dette reiser spørsmålet om PTSD-symptomer er tilstrekkelig å behandle hos relasjonstraumatiserte barn med slik symptomatologi? Cloitre og kolleger søkte å finne det relative bidraget av henholdsvis vansker med affektregulering, interpersonlige områder og PTSD-symptomer hva gjelder fremtidige plager. De studerte 164 behandlingssøkende kvinner med misbrukshistorier fra barndommen og målte ovennevnte vansker samt sosial fungering. De fant at PTSD-symptomer,

affektreguleringsvansker og interpersonlige vansker alle var likevektige hva gjaldt prediksjon av fremtidige vansker hos kvinner utsatt for omfattende overgrep i barndommen (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough & Han, 2005). I en studie av unge college-kvinner fant man dessuten at de som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen ofte slet med selvreguleringsproblematikk til tross for at de var så ressurssterke og hadde såpass gode mestringstaktikker at de klarte å fungere i en studiehverdag. Forfatterne konkluderer med at man bør utforme intervensjoner designet spesifikt for å møte mennesker utsatt for interpersonlige traumer og spesielt misbruk. Disse bør blant annet søke å støtte utviklingen av selvregulerende evner (Ford et al., 2006).

Det kan altså se ut til at det kan være viktig å berøre relasjonelle og affektive områder samt selvregulering selv hos klienter der PTSD-symptomene er de mest fremtredende ved behandlingsstart. Spørsmålet om hva slags terapi som er best egnet for relasjonstraumatiserte barn, er altså mer komplisert enn en diskusjon om hvem som egner seg for eksponering for traumehistorien, og hvem som ikke gjør det. Heldigvis er ulike terapeutiske metoder ikke nødvendigvis inkompatible. Man behøver ikke tenke enten eller hva gjelder eksponering. Kanskje handler det heller om timing?

Av alternativer til TF-CBT er ulike stadieorienterte behandlinger. Som eksempel på dette, kan vi se på terapimodeller for behandling av voksne med henholdsvis DESNOS (Cloitre, 2004) og kompleks posttraumatisk selv-dysregulering (Ford et al., 2005). Behandlingsstigene som foreslås, er relativt like:

1. Stadium 1: Utvikling av allianse, affektregulering, etablere trygghet og bygge ferdigheter.
2. Stadium 2: Bearbeide traumet. Desensitivering og integrering.
3. Stadium 3: Se fremover. Jobbe klientens relasjoner (for eksempel tillit og intimitet), seksualitet, foreldreferdigheter, emner relatert til fungering i forbindelse med skole/arbeid.

Cloitre (2004) mener enkelte klienter ikke behøver å bevege seg lenger enn til stadium 1.

Kunne den stadieorienterte behandlingsmetoden vært et alternativ brukt overfor Anne og Bente? Her bruker man for eksempel god tid på alliansebygging i de tilfellene dette er nødvendig, noe som ville passet for Bente. Når klienten er klar for det, bearbeider man traumene slik dette anbefales. Likevel er det ett dilemma også denne terapimodellen møter: Terapiforskning har vist at det er viktig å møte klienten på det som presser mest på, og å la klienten ta styring med tanke på agens. Dessuten har det vist seg at det å følge klientens teori om hva som er nyttig for vedkommende, ofte gir gode resultater. Vil man ta konsekvensen av dette, kan man ikke følge en ”terapioppskrift”, verken TF-CBT eller stadieorientert terapi. Disse oppsettene kan imidlertid være gode å orientere seg etter, dersom man samtidig er lydhør for klientens ønsker og reaksjoner.

Vi har nå diskutert terapi for barn med kjent traumehistorie. Hva med de barna vi mistenker å være traumatisert, men ikke vet?

Behandling av barn med ukjent traumehistorie

I klinisk hverdag møter man ikke sjelden barn man mistenker å være traumatisert, men der barnet ikke har fortalt noen om eventuell traumer, eller der bare deler av traumehistorien er kjent som i Bentes tilfelle. Ut fra kjent litteratur på området kan vi se at barn sjelden forteller om overgrep (DeVoe & Faller, 2002; Goodman-Brown, Edelstein, Goodman, Jones & Gordon, 2003; Paine & Hansen, 2002). Selv i tilfeller er overgrepene er dokumentert via filmer overgriper har tatt opp av overgrepene, kan barn benekte at overgrep har funnet sted (Sjøberg & Lindblad, 2002). Dette indikerer at antallet barn vi møter som ikke bekjentgjør sin traumehistorie, kan være relativt stort.

Jo yngre barna er, jo nærrere familierelasjon til overgriper er, bruk av tvang og trusler om konsekvenser dersom barnet forteller, overgrep i form av inntrengning og vold i forbindelse med overgrepene, jo mindre sannsynlig er det at barnet forteller (Nagel, Putman, Noll & Trickett, 1997). Selv i tilfeller der barna har et nært og godt forhold til

sin mor, forteller færre enn 30% henne om overgrepene som har skjedd (Lovett, 1995). Det å fortelle fremmede (for eksempel terapeuter) om det som har skjedd, ser ut til å være enda vanskeligere for barn enn å fortelle det til noen som står dem nær (Tjersland, Mossige, Gulbrandsen, Jensen & Reichelt, 2005). En av mange årsaker til at barn utsatt for komplekse traumer ikke snakker om sine opplevelser, kan være at de har liten grad av innsikt i forholdet mellom egen atferd, hvordan de har det og hva de har opplevd. De kommuniserer oftest om sine traumer indirekte ved å gjenta dem i interpersonlige forhold, i lek og i fantasi (van der Kolk, 2005).

Hva kan vi så gjøre for å avdekke eventuelle overgrep? I forskning har man ikke funnet sikre tegn som kan påvise at overgrep har funnet sted (Wolfe & Legate, 2003). Terapeuten og eventuelt barnets omsorgspersoner blir sittende igjen med en ubekreftet mistanke.

Når man ikke vet hvorvidt barnet har vært utsatt for traumer eller ikke, vet man verken når de startet eller hvordan de artet seg – noe som umuliggjør eksponeringsterapi. Like fullt kan vi ved hjelp av utviklingspsykologisk kunnskap kartlegge deres utviklingsnivå innen ulike domener, deres måte å forholde seg til familie og terapeuten på og se hvilke temaer som opptar dem i lek. Her kan jeg ikke se at man som terapeut har mulighet til annet enn å hjelpe barna opp på et funksjonsnivå som er adekvat for deres alder, men mindre traumehistorien etter hvert blir kommunisert.

5. Del III: Konklusjon

Som terapeuter oppfordres vi til å bruke kunnskapsbasert terapi. Dette kan innebære evidensbaserte terapiformer som TF-CBT. Begrepet ”kunnskapsbasert terapi” kan også tolkes som å utøve klinisk behandling i samsvar med oppdatert forskning innenfor det aktuelle området. Vi har blant annet forskning som underbygger kunnskapen om barns utviklingsdimensjoner, normalutvikling samt hvilke faktorer som fører til endring. Ved behandling av traumatiserte barn, har vi her sett nytten av å forstå barnas reaksjoner samt velge egnet behandling ut fra utviklingspsykologisk kunnskap.

Som nevnt i innledningen, påpeker Van der Kolk og kolleger at klinikere ofte benytter psykodynamisk tilnærming i terapi med traumatiserte mennesker – til tross for at forskning viser meget gode resultater i studier der CBT brukes overfor denne pasientgruppen. I lys av våre to kasushistorier kan man spørre seg om årsaken ligger i det at klientene ikke søker hjelp primært for påtrengende minner, men for andre problemer assosiert med posttraumatiske reaksjoner som affekt dysregulering, dissosiative problemer, somatisering og vansker med intimitet – vansker som svarer best på psykodynamisk tilnærming? (Van der Kolk, McFarlane & Van der Hart, 1995, i Van der Kolk et al., 1996).

Kliniske implikasjoner

”Individuell psykoterapi har som mål at barnet skal gjenvinne sine muligheter for utvikling” (Theophilakis, 1999, s. 425).

For å vurdere traumenes følger for barnet, har vi sett at det kan være nyttig å se på visse aspekter ved selve traumehistorien (hvis den er kjent) som for eksempel type traume, frekvens og tidsspenn traumene varer over, antall overgrepere og barnets følelsesmessige forhold til overgriper. Hvorvidt det er tvang og trusler med i bildet, har også påvirkning (Courtois, 2004). Viktigere enn selve traumehistorien, er kanskje å kartlegge hva traumeerfaringene har gjort med barna. Som vi har sett, kan utviklingspsykologisk kunnskap benyttes til å kartlegge hvordan og i hvilken grad

traumene har påvirket barnas utvikling innen for eksempel interpersonlige områder, selvutvikling, kognisjon, affektbevissthet og affektreguleringsevne. Ulike risiko- og beskyttelsesmekanismer kan moderere effektene traumene har hatt. Mestringsstrategi som dissosiasjon er også av betydning ved valg av terapi.

Vi har sett at kognitive modeller som for eksempel TF-CBT er ypperlig der typiske PTSD-symptomer er fremtredende. Hvis barnet ikke har store relasjonelle vansker, en normalutviklet evne til agens og grensesetting samt god affektbevissthet og affektregulering, ser det ut til at eksponering kan være gunstig. Likevel har vi sett at det er nyttig å være oppmerksom på at også interpersonlige og affektive sider som kan ha blitt affisert, da disse kan se ut til å være mediatorer til senere psykopatologi. På samme måte har vi sett at skam er nyttig å adressere i terapi.

Hos barn som har vansker på det interpersonlige plan, som har en svak opplevelse av agens, lav affektbevissthet og affektregulering, bør man vurdere faren for retraumatisering som eksponeringsterapi kan føre med seg for denne gruppen – spesielt hvis de i tillegg har lett for å dissosiere.

Ikke bare bør vi vurdere og behandle de direkte følgene av traumene og de observerbare symptomene, men også sørge for at barnet når aldersadekvat utviklingsnivå på de affiserte psykologiske områdene. Koverola og Friedrich er av de som presiserer viktigheten av å vurdere traumenes påvirkning på barnets ulike dimensjoner av utvikling, og å ha et utviklingsmessig perspektiv i terapi.

”It is critical that the health care professional identify potential areas of developmental lag or delay so that the intervention can be implemented appropriately. Often it is most efficient to intervene in an area of the child's strengths rather than her weakness. Because all of the areas are interrelated, strengthening one area of function typically strengthens development in an area that is lagging behind”

Koverola og Friedrich poengterer også her at man ikke bare kan søke å styrke de sidene barna har vansker i forhold til ved å behandle disse direkte, men også ved å styrke barnets sterke sider. Kanskje kan man se dette som en gjenopprettelse av barnet naturlige beskyttelse? (Koverola & Friedrich, 2000 s 31).

Det å ta utgangspunkt i på hvilken måte barnets utvikling er påvirket, for så å ta sikte på å få barnet inn i et mer adaptivt spor, er i tråd med utviklingspsykopatologisk tankegang. Det essensielle blir å finne de indre medierende og modererende prosesser som har gitt opphavs til og opprettholder barnets vansker, og søke å endre disse via terapi. Dette har følger også for videre forskning.

Implikasjoner for forskning

I denne oppgaven har jeg illustrert noen dilemmaer man kan møte i forbindelse med terapi av barn utsatt for relasjonstraumer. Disse må man forholde seg aktivt til i forskning, dersom resultatene forskningen gir skal være anvendelige for klinikere. Som Signy Stoltenberg sier:

”Det er behov for forskning som har sitt utspring i den kliniske hverdag, og som utføres under de betingelser som praktiserende terapeuter arbeider under og konfronteres med” (Stoltenberg, 2007, s 16).

Vi har blant annet sett at mye av dagens forskning bygger på utvalg bestående av traumatiserte barn med ren PTSD, noe som synes lite representativt for traumatiserte barn generelt. På bakgrunn av dette diskuteres det om PTSD-diagnosen er moden for revisjon slik at den (eller andre posttraumatiske diagnoser) er mer dekkende for følgene komplekse traumer kan ha. Briere og Spinazzola (2005) peker imidlertid på kompleksiteten og mangfoldet i posttraumatiske reaksjoner, og reiser spørsmålet om posttraumatiske vansker *kan* klassifiseres i en eller flere diagnoser. Kan et dimensjonalt mål på vanskene være mer fruktbart enn et kategorisk?

Shirk og Russel stiller seg også skeptiske til forskning basert på diagnoser. De hevder at diagnoser gir lite informasjon om den relative verdien av ulike former for behandling. De begrunner dette med at diagnosene dreier seg om observerbare mønstre

og symptomer fremfor de patogene mekanismene som produserer og opprettholder symptomene. I en klinisk praksis vil en forståelse av disse mekanismene legge føringer for hvilke intervensjoner man velger. De peker på at barn med liknende symptombiler ikke er en homogen gruppe, sett i lys av de ulike prosessene som kan være bakenforliggende for deres manifeste symptomer (Shirk & Russel, 1996).

Ut fra dette kan man si at et utvalg representativt for gruppen relasjonstraumatiserte barn, må bestå av barn med kjent traumehistorie, uavhengig av symptombilde. Ut fra denne gruppen kan man søke å finne aktuelle psykologiske dimensjoner som potensielt påvirkes av traumene og traumerelaterte miljøfaktorer. Det finnes i dag en rekke ulike måleinstrumenter man kan bruke overfor traumatiserte klienter. Ved hjelp av ulike inventorer kan man måle symptomer, ulike perspektiver ved selvet og relasjonsvansker samt problemer med identitet og affektregulering. Også traumerelaterte feilattribusjoner og grad av dissosiasjon kan kartlegges (Courtois, 2004). Kanskje kan slike instrumenter måle de medierende og modererende prosesser underliggende for barnets symptomer, og kan slik sett gi et bilde av barnets psykologiske status som er mer nyttig for terapi? Retningslinjer for terapi bør kanskje bygge på profiler av slike dimensjoner fremfor diagnoser?

Skjønt kanskje er det vel så belastende for en del klienter å gå igjennom disse målingene som å jobbe med eksponeringsterapi. Få av instrumentene er dessuten normert for norske barn. Kanskje er det vel så aktuelt å finne hvilke dimensjoner av barns normalutvikling som potensielt påvirkes av traumeerfaringene, og ut fra dette lage en sjekkliste beregnet som hjelpemiddel i terapi?

Ofte avsluttes oppgaver som denne med en kommentar om at vi trenger mer forskning innen området. I følge Kazdin (2000), er det ikke *mer* forskning, men *annerledes* forskning vi trenger for å utforske hva som er virksom og effektiv terapi for barn og ungdom. I dag forskes det først og fremst på ulike kognitive teknikker. Andre terapiformer som ikke kommer inn under CBT-begrepet, er ikke evaluert i tilstrekkelig grad (Dyregrov & Yule, 2006). I dagens forskning av terapieffekt måles dessuten oftest endringer i barnets PTSD-symptomer. I følge Target og Fonagy bør ikke

terapieffekter måles og evalueres kun i forhold til endringer i barnets symptombilde. Et større spekter av psykologiske funksjoner som inngår i barns utviklingsprosesser må vektlegges (Target & Fonagy, 2005).

Shirk og Russel peker også på at det ikke først og fremst er terapeutens teoretiske forankring, men hva terapeuten *faktisk gjør* i terapi, som barnet responderer på. Forfatterne illustrerer dette ved å trekke en parallell til barn som vokser opp hos omsorgspersoner med alvorlige psykiske lidelser, der man ser at det for eksempel er vanskelig å si noe generelt om barn oppvokst hos foreldre med schizofreni sammenlignet med foreldre med bipolar lidelse. For å finne forskjeller, må vi lete i interaksjonelle og transaksjonelle prosesser. Dette gjelder i følge Shirk og Russel også i terapi (Shirk & Russel, 1996).

Et forskningsprosjekt basert på det ovenstående, blir komplisert.

Behandlingsanbefalingene blir i større grad individuelle og lite generaliserbare. Men sett ut fra dagen vansker i forbindelse med generalisering, stiller jeg spørsmålet om vi har noe valg? Psychologiens gyldne standard, double blind randomisert, kontrollert design, er umulig med denne gruppen. Nest best er kanskje deskriptive studier av et stort antall barn som er representative for gruppen traumatiserte barn?

Ut fra utviklingspsykologisk teori og to kasushistorier, har jeg i denne oppgaven lansert enkelte hypoteser omkring behandling av traumatiserte barn. Disse hypotesene må testes ut på et stort utvalg før man kan feste noe lit til dem. Kanskje vil de raskt falsifiseres. At barn utsatt for relasjonstraumer, barn som Anne og Bente, fortjener å forskes på – det er imidlertid en antagelse jeg tror vi alle kan enes om.

6. Epilog: Hvordan gikk det med Anne og Bente?

Oppfølgingssamtale ett år senere viste at Annes utvikling var tilbake i rute.

Symptomene hun hadde hatt, var borte. Anne ble gladere og friere. Hodepinen og magesmertene avtok. Hun fungerte godt i hverdagen.

Hvordan gikk det så med Bente?

Etter to års terapi valgte vi å avslutte. Bente fungerte nå relativt godt på skolen og sosialt. Hun var ikke lenger så hemmet, men kunne løpe, rope og le høyt. Hun tålte affekt bedre enn tidligere og hadde oppnådd bedre affektreguleringsevner. Hennes mentaliseringsevner virket også bedre, og den magiske tankegangen var minimert. Hun var heller ikke lenger så preget av tvang. Selv om flere aspekter kunne jobbes videre med, antok vi nå at Bente var tilbake i god utvikling. Hun hadde en god omsorgsperson i sin mor. Moren hadde nå en økonomi som tillot henne å redusere sin stilling for å kunne være mer sammen med Bente og hun bar ikke lenger så tydelig preg av sin avdøde manns traumatisering. Hun kunne nå fortsette å romme Bentes følelser, hjelpe henne med selvutvikling, affektregulering etc, områder vi hadde jobbet med i terapi. Moren ville også prate med datteren om de vonde opplevelsene, når Bente var klar for det.

Begge disse barna klarte seg altså tilsynelatende bra i etterkant av sitt terapiforløp. Deres symptomer avtok, de fungerte sammen med venner, på skolen og i hjemmemiljø.

Jeg håper det går dem godt også i fremtiden.

Kildeliste

- Alexander, P.C. & Anderson, C. (1994). An attachment approach to psychotherapy with the incest survivor. *Psychotherapy*, 31, 665 – 675.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Practice Parameters for the diagnosis and treatment of posttraumatic stress. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(10), 4-20.
- Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 277-285.
- Andrews, B. (1997). Bodily shame in relation to abuse in childhood and bulimia. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 41-50.
- Andrews, B., Brewin, C.R., Rose, S. & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 69-73.
- Axelsen, E.D. (1997). *Symptomet som ressurs. Psykiske problemer og psykoterapi*. Oslo: Pax Forlag.
- Beers, S.R. & De Bellis, M.D. (2002). Neuropsychological function in with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 483-486.
- Benum, K. (2003). Møte med den som er alene og redd. Ressursorientert terapiarbeid med fokus på etablering av trygghet og beskyttelse etter langvarige traumer. I Anstorp, T., Indrebø Hovland, B. & Torp, E. *Fra skam til verdighet. Teologisk og psykologisk arbeid med vold og seksuelle overgrep*, s 135-162. Oslo: Universitetsforlaget.
- Briere, J. & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 401-412.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach*. London: Routledge.
- Carrion, V.G., Weems, C.F., Eliez, S., Patwardhan, A., Brown, W., Ray, R.D. & Reiss, A.L. (2001). Attention of frontal asymmetry in pediatric posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 50, 943-951.
- Christie, H.J. (2006). Flyktningebarn – en risikogruppe. Presentasjon fra forelesning om *Det traumatiserte barnet* på Ullevål Universitetssykehus, mai 2006.
http://www.ullevaal.no/modules/module_123/proxy.asp?iInfoId=7964&iCategoryId=569&iDisplayType=2
- Classen, C.C., Pain, C., Field, N.P. & Woods, P. (2006). Posttraumatic personality disorder: A reformulation of Complex posttraumatic stress disorder and Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 87-112.

- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K.C. & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36(2), 119-124.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Chemtob, C.M. & Miranda, R. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 411-416.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P. & Steer, R.A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
- Cohen, J.A. & Mannarino, A.P. (1998). Interventions for sexually abused children: Initial treatment findings. *Child Maltreatment*, 3, 17-26.
- Cohen, J.A. Mannarino, A.P., Berliner, L. & Deblinger, E. (2000). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents. An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11), 1202-1223.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Berliner, L., Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York: Guilford.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E. & van der Kolk, B.A. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Courtois, C.A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412-425.
- De Bellis, M.D., Keshavan, M.S., Shifflett, H., Iyengar, S. Beers, S.R., Hall, J. & Moritz, G. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: A sociodemographically matched study. *Biological Psychiatry*, 52, 1066-1078.
- DeVoe, E.R. & Faller, K.C. (2002). Questioning strategies in interviews with children who may have been sexually abused. *Child Welfare*, 81, 5-31.
- Dinwiddie, S., Heath, A.C., Dunne, M.P., Bucholz, K.K., Madden, P.A.F., Slutske, W.S., Bierut, L.J., Statham, D.B. & Martin, N.G. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin-study. *Psychological Medicine* 3(1), 41-52.
- Dyregrov, A (1998). *Barn og traumer. En håndbok for foreldre og hjelpere*. Bergen: Sigma Forlag.
- Dyregrov, A. & Raundalen, M. (1997). Posttraumatiske problemer blant barn og ungdommer. Noen praktiske arbeidsverktøy. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 34, 103-112.
- Dyregrov, A. & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(4), 176-184.

- Foa, E.B., Riggs, D.S., Massie, E.D. & Yarczover, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behaviour therapy*, 26, 487-499.
- Fonagy, P. & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(1), 87-114.
- Ford, J.D., Courtois, C., Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E.R.S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 437-447.
- Ford, J.D. & Kidd, P. (1998). Early childhoods trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 743-761.
- Ford, J.D., Stockton, P., Kaltman, S. & Green, B.L. (2006). Disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(11), 1399-1416.
- Fosha, D. (2003). Dyadic regulation and experiential work with emotion and relatedness in trauma and disorganized attachment. I Solomon, M.F. & Siegel, D.J. (eds). *Healing Trauma: Attachment, Trauma, the Brain & the Mind*, s 221-281. New York: Norton.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain – a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 97-116.
- Goodman-Brown, T.B., Edelstein, R.S., Goodman, G.S., Jones, D.P.H. & Gordon, D.S. (2003). Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 27, 525-540.
- Green, B.L., Grace, M.C., Vary, M.G., Kramer, T.L., Gleser, G.C. & Leonard, A.C. (1994). Children of disaster in the second decade: A 17 year follow-up of the Buffalo Creek Survivors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 945-951.
- Harber, K.D. & Pennebaker, J.W. (1992). Overcoming traumatic memories. I. S. Christianson (Ed.), *The handbook of emotion and memory: Research and theory*, s. 359-389. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic to political terror*. New York: Basic Books. (revidert utgave 1997).
- Herman, J.L. (1995). *I voldens kølvand. Om psykiske traumer og deres heling*, s. 121-161. København: Hans Reitzelt forlag.
- Jensen, T.K. (2005). The interpretation of signs of child sexual abuse. *Culture & Psychology*, 11, 469-498
- Jensen, T.K., Gulbrandsen, W., Haavind, H., Mossige, S., Reichelt, S. & Tjersland, O.A. (submitted): What constitutes a good working alliance in therapy with children that may have been sexually abused?

- Kazdin, A.E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents. Directions for research and practice*. London: Oxford University Press
- Kazdin, A.E. (2002). The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 53-59.
- Koverola, C & Friedrich, W.N. (2000). Psychological effects of child sexual abuse. I Heger, A., Emans, S.J., Muram, D. (Eds) *Evaluation of the sexually abused child*, s 21-40. London: Oxford University Press.
- Liebermann, A.F. (2004). Traumatic stress and quality of attachment: Reality and internalization in disorders of infant mental health. *Infant Mental Health Journal: Special: The Added Value of Attachment Theory and Research for Clinical Work*, 25(4), 336-351.
- Lovett, B.B. (1995). Child sexual abuse: The female victim's relationship with her nonoffending mother. *Child Abuse and Neglect*, 19, 729-738.
- Lyons-Ruth, K., Repacholi, B., McLeod, S. & Silva, E. (1991). Disorganized attachment behaviour in infancy: Short-term stability, maternal and infant correlates and risk-related subtypes. *Development and Psychopathology*, 3(4), 377-396.
- Nagel, D.E., Putman, F.W., Noll, J.G. & Trickett, P.K. (1997). Disclosure patterns of sexual abuse and psychological functioning at a 1-year follow-up. *Child Abuse and Neglect*, 21, 137-147.
- Paine, M.L. & Hansen, D.J. (2002). Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 22, 271-295.
- Pearlman, L.A. & Courtois, C.A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 449-459.
- Ramchandani, P. & Jones, D.P.H. (2003). Treating psychological symptoms of childhood sexual abuse in children: From research findings to service provision. *British Journal of Psychiatry*, 183, 482-290.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van der Kolk, B.A. & Mandel, F.S. (1997). Complex PTSD in victims exposed for sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 539-555.
- Sack, W.H., Clarke, G.N. & Seeley, J. (1995). Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1160-1166.
- Shirk, S.R. & Russel, R.L. (1996). *Change processes in child psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Sjøberg, R.L. & Lindblad, F. (2002). Limited disclosure of sexual abuse in children whose experiences were documented by videotape. *American Journal of Psychiatry*, 159, 312-314.

- Spinazzola, J., Blaustein, M. & van der Kolk, B.A. (2005) Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 425-436.
- Sroufe, A.L. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.
- Steele K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E.R.S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(4), 79-116.
- Stoltenberg, S.M. (2007). Kasusbeskrivelser og forandringsprosesser i terapi med barn: Bidrag til en kunnskapsbasert klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(1), 11-16.
- Swan, S. & Andrews, B. (2003). The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *British Journal of Psychology*, 42(4), 367-378.
- Target, M. & Fonagy, P. (2005). The psychological treatment of child and adolescent psychiatric disorder. I *What works for whom. A critical review of psychotherapy research*, s. 263 - 321. New York & London: The Guilford Press.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- Theophilakis, M. (1999). Individuell psykoterapi. I Lier, L., Isager, T., Jørgensen, O.S., Warborg Larsen, F., Aarkrog, T. *Børne- og ungdomspsykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Tjersland, O.A., Mossige, S., Gulbrandsen, W., Jensen, T.K. & Reichelt, S. (2005). Helping families when ongoing child sexual abuse is suspected. Characteristic reactions and how these changed during and after treatment. *Child and Family Social Work*, 11, 297-306
- Van der Kolk, B.A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 293-217.
- Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder. Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Van der Kolk, B.A. & Courtois, C. (2005). Editorial Comments: Complex Developmental Trauma. *Journal of Traumatic Tress*, 18(3), 385-388.
- Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A. & Herman, J.L. (1996). Dissociation, Affect Dysregulation & Somatization: The complex nature of adaptation to trauma. *Trauma Information Pages* www.trauma-pages.com
- Vandervoort, D. (2003). Posttraumatic relationship syndrome: the conscious processing of the world of trauma. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 31, 675-686.

- Wie Torsteinsson, V. (1999). Barn som pårørende – møter med familier i krise. *Fokus på familien*, 27(4), 231-244.
- Wilson, J.P. & Keane, T.M. (2004): *Assessing Psychological Trauma and PTSD* 2. ed. New York & London: The Guilford Press.
- Wolfe, D.A. & Legate, B.L. (2003). Expert opinion on child sexual abuse: Separating myths from reality. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 339-343.